BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXXI — 1905

PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR

1, rue Cassette, 1

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. NÉLATON
Secrétaire général

ET

MM. PICQUÉ ET MICHAUX
Secrétaires annuels



TOME XXXI — 1905

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1905

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE



SÉANCE DU 11 JANVIER 1905

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

A propos de la correspondance.

M. Tuffier dépose sur le bureau un travail de M. Chabannes (de Bordeaux) intitulé : *Rupture du foie. Pseudo-hernie inguinale étranglée. Laparatomie. Guérison.*

— Le travail de M. Chabannes est renvoyé à une commission dont M. Tuffier est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Extraction des corps étrangers de l'œsophage.

M. Jalaguier. — Je me suis senti visé par les paroles que mon ami M. Kirmisson a prononcées dans la dernière séance à l'occasion du procès-verbal de la discussion sur l'extraction des corps

étrangers de l'œsophage. J'avais dit, en effet que j'employais indifféremment le panier de Græfe et le crochet de Kirmisson. Je m'étais mal exprimé. J'aurai dû dire que je me servai du panier de Græfe pour les enfants au-dessus de six on sept ans, et du crochet de Kirmisson pour les tout petits enfants. Je suis donc d'accord avec M. Kirmisson sur les avantages du crochet œsophagien. J'ajouterai que chez les très petits enfants il ne faut pas hésiter à administrer le chloroforme. L'anesthésie générale qui supprime les mouvements de défense et le spasme œsophagien, facilite singulièrement l'introduction du crochet et l'extraction du corps étranger.

Cancer du rectum traité par l'extirpation. Fermeture consécutive de l'anus iliaque préventif.

M. Lucien Picqué. — Dans la deuxième séance, j'ai présenté à la Société une malade que j'avais opérée d'un cancer du rectum et à laquelle j'ai pratiqué avec succès la fermeture de l'anus iliaque.

Voici son observation résumée :

M[me] L. (Ida), quarante-deux ans, entre le 22 juin 1904 dans mon service de l'hôpital Bichat.

Cette malade n'offre aucun antécédent digne d'être noté : il y a vingt mois, elle commence à présenter des pertes de sang abondantes par le rectum en allant à la selle. Il y a cinq mois, apparition d'une tumeur à l'anus, accompagnée de pesanteur dans la région et de constipation.

Les douleurs augmentent rapidement et décide la malade à venir consulter. A l'examen, on constate l'existence d'un néoplasme circonférentiel très adhérent; on ne peut avec le doigt atteindre les limites supérieures. Envahissement de l'anus.

Opération : Dans un premier temps M. Picqué établit un anus iliaque en deux temps par le procédé Maydl-Reclus.

Selon les indications de notre collègue Quénu, nous n'avons pratiqué l'extirpation du rectum que quinze jours après la première intervention.

Deuxième temps : Incision en raquette jusqu'au niveau de l'extrémité inférieure du sacrum. Résection du coccyx. Extirpation du rectum cancéreux avec l'anus par le procédé habituel. Établissement d'un anus sacré. La guérison se fit très rapidement et la malade nous demanda la fermeture de l'anus iliaque.

Plusieurs chirurgiens parmi lesquels je dois citer Julliard et notre collègue Quénu, préfèrent l'anus iliaque à l'anus sacré et ne pratiquent la fermeture de l'anus iliaque qu'en cas d'anus périnéo-

coccygien. Malgré les excellentes raisons invoquées par nos collègues, je crois qu'on ne saurait être exclusif. A l'inaccessibilité de l'anus sacré, aux soins de propreté, aux complications possibles de prolapsus, on peut opposer le désir absolu du malade de ne pas conserver un anus sur la paroi du ventre et les troubles psychiques qui pourraient en résulter. C'est ce qui m'a décidé à intervenir chez ma malade.

J'ai attendu toutefois trois mois chez elle selon le conseil de M. Quénu. J'ai pratiqué cette fermeture de la façon suivante :

Incision circulaire jusqu'au péritoine. Les deux extrémités intestinales sont séparées à coup de ciseau, puis sortie hors du ventre et entourées de compresses.

Fermeture de chaque anse à l'aide de deux plans de suture. Les anses sont placées à côté l'une de l'autre et superposées. Entéro-anastomose par le procédé ordinaire. Drainage et réunion partielle.

La guérison a été obtenue rapidement et sans incident.

Je me suis, comme on le voit, écarté du procédé de M. Quénu rapporté dans la thèse de son élève Nicolas et qui consiste à faire la fermeture de l'orifice intestinale sans intéresser les adhérences intestinales. Bien que le procédé auquel j'ai eu recours soit d'une exécution plus longue, je crois qu'il met davantage à l'abri d'une coudure possible dans le calibre de l'intestin. Je serai heureux d'ailleurs d'avoir l'avis de notre distingué collègue sur ce point.

Anévrisme poplité.

M. Arrou. — Comme suite à ma dernière communication, j'apporte aujourd'hui à la Société de chirurgie un nouveau cas d'anévrisme poplité artériel traité et guéri par l'extirpation. Les conditions particulières de la poche, c'est-à-dire sa situation dans la partie basse de la région, donnent à cette note tout son intérêt. C'est encore là un de ces cas périlleux dont on souhaiterait que les détails fussent autres, en raison des risques connus de gangrène : le succès n'en a pas moins été total.

Mon malade est un monteur en bronze de quarante-trois ans, peu vigoureux, malingre, qui a contracté la syphilis aux colonies il y a vingt-quatre ans. C'est bien de syphilis qu'il s'agit, et non d'autre chose.

En effet, à la suite de son chancre, il été éprouvé par une longue série de plaques muqueuses. Puis par une attaque brusque

de diplopie, jugée d'origine syphilitique par un médecin des Quinze-Vingts, et guérie très vite par les piqûres mercurielles.

Comme suite probable de ce premier mal, il garde une aorte un peu dure, qui rend soufflant le premier bruit du cœur ausculté à la base. De par ailleurs, rien d'intéressant. Les poumons sont sains, les urines normales, l'état général satisfaisant. Tout l'intérêt se concentre donc sur sa tumeur anévrismale, et c'est d'elle seule que je vais maintenant vous entretenir.

Le tout premier début remonte à l'année 1902. Dès cette époque, la jambe droite était paresseuse, vite fatiguée, lourde. Il n'y existait point de douleurs, sauf peut-être une gêne constante derrière le genou, et d'inexplicables fourmillements dans le cinquième orteil. Pas de tumeur, alors; du moins pas de tumeur constatée. Avec les jours, les choses ne s'améliorèrent pas, ne s'aggravèrent pas non plus, jusqu'en juillet dernier, où il fut évident qu'il y avait « une grosseur » dans le jarret. C'est le début apparent de l'anévrisme. Un chirurgien consulté à l'hôpital parla tout de suite d'opération; mais le malade ne voulut rien entendre, roula une bande de flanelle autour de son genou, et continua son travail. Ce n'est qu'à la fin de novembre, quatre mois après la constatation de la tumeur poplitée, qu'il se décida à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, où je le trouvai salle Blandin, dans le service de mon excellent maître, M. Monod.

L'examen local montrait une poche anévrismale, à larges battements expansifs, certainement grosse comme un poing d'adulte. La peau tendue sur elle était rouge et semblait se préparer à une rupture prochaine. Articulation saine, grosses veines superficielles visibles sur la jambe, œdème jusqu'aux malléoles, flexion permanente, douleurs vives du mollet et du pied (bord externe) depuis quelques jours; c'était, en somme, le tableau de toutes ces grosses poches artérielles. Pas de souffle, à peine un léger bruit soufflant quand on appuyait un peu fortement l'oreille ou le stéthoscope sur le sommet de la tumeur.

Mais le point le plus intéressant, et qui ne laissait pas de me causer quelques soucis, c'était la localisation même de cette poche. En effet, elle n'empiétait nullement sur le triangle poplité supérieur, dont les saillies musculaires, dont le méplat central persistaient comme à l'état normal. A peine la sentait-on venir au contact des condyles fémoraux, qu'elle ne dépassait pas en haut. En bas, au contraire, elle semblait s'enfoncer dans le mollet, dont elle exagérait le volume, et où il n'était pas possible de lui trouver de limites. C'était donc la tumeur poplitée « basse » dans toute l'acception du terme, celle dont l'ablation compromet le plus la circulation du membre et amène le plus aisément la gangrène.

Il fallait pourtant se décider, et se décider vite, car la peau, surdistendue, menaçait de se sphacéler. Je fis soutenir l'ensemble par quelques tours de bande, et il fut entendu que l'opération aurait lieu le lendemain matin 24 novembre.

A titre de détail, mais de détail important, je note toutefois ce fait, que les battements de la tibiale postérieure n'étaient pas perçus du côté malade, alors qu'on les sentait fort bien du côté opposé. [Pédieuse inaccessible, à gauche comme à droite.] Ceci me donnait à penser que la circulation ne se faisait pas à plein courant dans la poche, qu'il y avait du moins une certaine gêne, laquelle avait bien pu, par avance, préparer les voies anastomotiques.

Voici maintenant l'opération, telle que je l'ai écrite moi-même, avec ses suites; la lecture en sera plus instructive que tout commentaire.

« Extirpation d'anévrisme poplité artériel droit, pratiquée le 24 novembre 1904, à Saint-Antoine ». Chloroforme. Application du garrot. [L'emploi du garrot est une faute : on est gêné sans cesse par le sang veineux. Mieux vaut la bande élastique.]

Incision de 23 centimètres médiane. L'épaisseur de la peau est si faible que le sac est ouvert du même coup. On en retire de nombreux caillots noir, sans consistance, et seulement deux grands caillots fibrineux résistants. On procède à l'isolement des nerfs. Il n'y a rien à faire pour le S. P. externe; il est en effet loin au-dessus de la poche, et aborde le col du péroné sans même entrer en contact avec elle. Le S. P. interne, au contraire, est non seulement tendu par la tumeur et à demi enclavé en elle, mais encore il est comme dissocié, ses éléments s'étalent sur le sac en patte de canard. On l'isole au doigt, sans instrument, lentement. On isole de même le saphène externe, et ces deux nerfs sont confiés à une compresse pliée, qui fait fonction d'écarteur, et ne blessera rien.

Recherche de l'artère et de la veine au-dessus du sac; elles sont trouvées tout de suite, et liées isolément au catgut n° 3 Leclerc. Cette ligature se trouve au droit du tiers supérieur des condyles fémoraux. Il est donc fort probable, sinon certain, que les articulaires supérieures sont conservées; mais la recherche n'en est pas faite, par crainte de les blesser, et d'isoler par trop le tronc artériel poplité.

Isolement du sac. C'est la partie pénible de l'opération. Toute sa partie supérieures dure, sèche, fibreuse, est intimement adhérente aux organes du voisinage. En particulier, à la place du jumeau externe dont l'insertion a disparu, le sac se colle, s'applique sur la coque condylienne externe, et c'est avec beaucoup de peine qu'on parvient à le cliver en évitant l'ouverture articulaire. Il est enfin rabattu, assez aisément séparé en bas des masses musculaires du mollet, et l'artère afférente est liée très exactement au point même où elle l'abandonne. Ce point est repéré. Il siège à 7 centimètres au-dessous du début de l'espace

interosseux, à plus de 4 centièmes de l'artère tibiale antérieure, celle-ci d'ailleurs seulement reconnaissable à sa direction. Ablation du garrot : trois fils supplémentaires sur des veinules. Mèche stérilisée tassée doucement au fond de la plaie et sortant par le milieu de la ligne de suture. Crins de Florence.

Tout avait bien marché, sans doute, mais j'étais un peu inquiet. Il semble qu'on n'enlève pas impunément un aussi long segment d'artère, le retour de la circulation en devant être sérieusement gêné. Dès le lendemain, cependant, j'étais tranquille. Le pied était moins chaud que celui du côté opposé, c'est certain; mais il n'avait rien de cette température inquiétante qu'ont les orteils en imminence de gangrène; trois jours après, soit au matin du quatrième jour, la température était égale des deux côtés, et pas un incident, pas une élévation thermométrique n'est venue me préoccuper un seul instant.

C'est donc un cas à ajouter à la série heureuse. Isolé, il prouve peu de chose, sinon rien. A côté d'autres — et ils commencent à faire nombre — il servira peut-être à démontrer, un jour, qu'avec la rigoureuse propreté que nous savons avoir aujourd'hui, l'extirpation des poches anévrismales peut être étendue sans crainte aux cas jugés autrefois trop dangereux.

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. A. Broca. — Dans notre dernière séance, M. Quénu nous a montré des radiographies très intéressantes montrant qu'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, rebelle à l'appareil de Hennequin donna par l'appareil de Delbet, perfectionné par Heitz, un résultat excellent. J'ai dit que je vous communiquerai des radiographies analogues, et je vous les apporte.

Elles proviennent d'une fille de dix ans, qui entra dans mon service le 22 septembre dernier pour une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, reconnaissable à ses signes classiques, et démontrée par la radiographie. Elle siège, comme vous le voyez, à environ 2 centimètres au-dessous du cartilage conjugal, dont la ligne claire, d'une grande netteté, est conservée. Qu'en une partie de son trajet la fracture aille rejoindre en arrière le cartilage, c'est possible, mais il est sûr qu'on ne peut appeler la lésion actuelle un décollement épiphysaire, et j'ajouterai que cette image radiographique est celle que j'ai toujours obtenue par cette fracture, très fréquente chez l'enfant.

Cette enfant fut dès le lendemain de son entrée soignée par mon interne Jardy qui appliqua l'appareil de Hennequin. Or, la radiographie démontra avec netteté absolue que la réduction était insuffisante.

Le déplacement se composait de deux éléments : 1° un chevauchement d'environ 2 centimètres ; 2° un déplacement en dedans à peu près égal à la largeur de la diaphyse. Or, le chevauchement était à peu près corrigé, mais le déplacement latéral n'était en rien modifié.

Cela étant, j'ai anesthésié l'enfant et je l'ai traitée par l'extension que fit un aide, tandis que j'ai exercé dans l'aisselle une propulsion directe, de dedans en dehors, sur le fragment diaphysaire. J'ai senti la réduction s'effectuer sous mes doigts après crépitation, et j'ai alors immobilisé épaule et bras, avec avant-bras à angle droit, dans un grand appareil plâtré.

La radiographie à travers le plâtre nous montre un résultat que je qualifierais de parfait si je n'en étais l'auteur.

Je crois que de ce fait et de celui de M. Quénu, on peut conclure, — ce qui est d'une manière générale l'opinion à laquelle je suis arrivé par de nombreuses observations, — que l'appareil de Hennequin est insuffisant pour corriger le déplacement latéral : cette correction exige la propulsion directe. Il est certain, cependant, que l'appareil appliqué par M. Hennequin lui-même donne de meilleurs résultats que quand il est appliqué par un de nos internes, ou peut-être par un quelconque d'entre nous. Mais là est une critique que je crois importante : si l'on peut réduire mieux une fracture humérale supérieure sans faire appel à la main d'un spécialiste, cela est préférable. Et là est aussi mon objection à l'appareil Delbet-Heitz, car peut-être, si M. Heitz ne l'appliquait pas lui-même, serait-il moins efficace que chez le malade de M. Quénu.

Ma conclusion est donc, qu'on doit d'abord tenter la réduction sous anesthésie, par le procédé connu de tous les chirurgiens ; elle peut donner, je vous le prouve, un résultat excellent, et si elle échouait, on aurait comme ressource de deuxième ligne l'appareil de Delbet-Heitz.

Sur la suture de la branche postérieure du nerf radial,

M. Rieffel. — Vous avez entendu, dans la dernière séance, un rapport très intéressant et fort étudié de notre collègue Lejars, sur une observation de M. Bonnet relative à une suture secondaire

de la branche postérieure du nerf radial. Le temps a manqué pour me permettre de prendre de suite la parole. Mais il m'a semblé que ce rapport méritait de ne point passer inaperçu, d'autant que les interventions de ce genre ne sont pas encore très fréquentes, et que le manuel opératoire n'en est pas encore mathématiquement fixé.

M. Bonnet a utilisé la voie postérieure, en suivant une technique analogue à celle déjà indiquée par Letiévant. Mais, au lieu de passer à travers la masse du 2e radial externe, il a pénétré dans l'interstice qui sépare ce muscle de l'extenseur commun des doigts. Il lui a suffi d'écarter fortement ces deux corps charnus pour mettre à découvert le nerf qui, dit-il, était très grêle, et pour pouvoir le suturer, sans avoir fait aucun délabrement musculaire. M. Bonnet insiste sur ce point qu'il n'a dû couper aucun muscle, tandis que M. Bœckel, dans un cas analogue communiqué à l'Académie de médecine, en pénétrant entre le long supinateur et le premier radial, fut obligé de sectionner en travers plusieurs muscles de la région postéro-externe de l'avant-bras.

Je ne pense pas qu'il soit toujours possible de ménager, aussi parfaitement que le voudrait M. Bonnet, les muscles, et, en particulier, quelques-unes de leurs origines. En effet, le second radial et l'extenseur commun ne naissent pas seulement de l'épicondyle, mais leurs fibres se détachent aussi en grande partie d'une très forte et longue arcade tendineuse qui, du ligament latéral externe du coude, se porte obliquement en bas et en avant, adhère d'une façon intime à l'aponévrose du court supinateur et peut descendre jusqu'à la partie moyenne du radius. Or, il n'est pas possible de mettre convenablement à nu le nerf radial postérieur, sans couper et sans désinsérer largement cette arcade, c'est-à-dire sans détruire une bonne partie des origines des deux muscles précédents. Il est nécessaire, après avoir exécuté la suture nerveuse, de rétablir la continuité de cette arcade, que, d'ailleurs, M. Bonnet a dû certainement sectionner, car c'est sans doute à elle qu'il fait allusion en parlant « d'une seconde nappe tendineuse, épaisse et blanchâtre, qui s'enfonce obliquement sous l'extenseur commun et donne insertion, par sa face profonde, aux fibres du 2e radial ». Mais cette nappe, cette arcade ne doit pas simplement être sectionnée, il faut la débrider largement, entamer les muscles qui s'y attachent, et voici pourquoi :

Disséquez, sur un certain nombre de sujets, la branche postérieure du nerf radial, vous verrez d'abord que la division ne se fait pas toujours à la même hauteur. Mais, très souvent, la disposition est la suivante : le nerf, pendant sa traversée dans le court supinateur, se partage en deux rameaux, dont l'un, destiné aux

muscles postérieurs et profonds, descend en avant de l'arcade tendineuse, tandis que l'autre passe en général sous l'arcade, pour s'épanouir plus ou moins vite en ses filets pour les muscles postéro-superficiels de l'avant-bras.

Or, je me demande si M. Bonnet a réellement suturé tout le nerf radial, en aval des branches qu'il donne au court supinateur, puisqu'il l'a trouvé extrêmement réduit, de la taille d'une petite allumette ; peut-être aussi un des rameaux était-il seul sectionné, d'autant que la paralysie avait été méconnue pendant quinze jours ; peut-être, enfin, l'un des filets qui avait échappé à la suture a-t-il été le siège d'une régénération spontanée.

Je ne veux pas insister davantage, et je conclus de suite : en présence d'une section de la branche postérieure du nerf radial, il faut analyser avec soin l'étendue de la paralysie musculaire, et spécialement étudier la supination. Si, après avoir fait la part de ce qui revient au biceps brachial dans l'exécution de ce mouvement, on trouve que le court supinateur est intéressé, il faut toujours, quel que soit le siège de la section ou de la cicatrice cutanée, préférer la voie antérieure, telle que l'ont adoptée, par exemple, MM. Reynier et Morestin. Si la fonction de ce muscle est intacte, on peut choisir avec quelque avantage la voie postérieure, pénétrer dans l'interstice suivi par M. Bonnet. Il convient ensuite de trancher largement l'arcade tendineuse radio-épicondylienne pour bien voir dans le fond et reconnaître l'étendue des lésions. J'estime, enfin, qu'il ne faut pas se contenter de mettre attentivement à nu le bord inférieur du court supinateur. On n'oubliera pas que le nerf radial ne perfore pas simplement ce muscle, mais qu'il le clive en deux couches, l'une superficielle, moins forte, l'autre profonde, bien plus développée. Il sera bon de toujours couper cette couche superficielle, de façon à suivre dans le sens centrifuge le tronc du nerf et ses branches. Il est certain qu'on éprouvera peut-être ensuite quelque peine à suturer ce strate musculaire ; mais il ne faudra pas s'en inquiéter outre mesure, car il restera toujours le biceps brachial et la portion profonde du court supinateur pour exécuter d'une façon suffisante le mouvement de supination.

Rapports.

Sur la luxation récidivante de l'épaule. Capsulorraphie après exploration intra-articulaire, par M. le Dr Mauclaire.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, notre collègue Mauclaire vous a présenté, dans une séance récente, un jeune homme qu'il a guéri d'une luxation récidivante de l'épaule et vous avez pu constater le résultat remarquable qu'il avait obtenu. J'ai accepté avec plaisir le rapport que vous m'avez chargé de faire sur ce cas, parce que moi-même j'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération chez une jeune fille, dans mon service de Sainte-Anne, et mon intention était de vous la présenter pour vous permettre de constater l'excellent résultat que j'avais obtenu, si, au moment où je devais vous l'amener, elle n'avait pas été prise d'une crise d'appendicite aiguë, qui a nécessité une opération dont elle est aujourd'hui bien guérie d'ailleurs.

Voici l'observation de M. Mauclaire :

Le nommé R..., dix-neuf ans, fait en juin 1903 une chute de bicyclette : on constate une luxation de l'épaule droite qui est facilement réduite.

Le 27 août 1904, dans un mouvement de torsion du bras, nouvelle luxation du même côté : un médecin opère la réduction à l'aide de tractions, mais l'impotence persiste pendant trois mois. M. Mauclaire examina ce malade pour la première fois le 16 juillet 1904. La luxation antéro-interne est évidente; on perçoit le déplacement de la tête; le moignon de l'épaule est déformé; le deltoïde aplati. Tout d'abord notre collègue pense à une luxation ancienne. Sous chloroforme, on constate que la réduction est des plus faciles, mais une légère traction sur le bras la reproduit : dès lors une intervention est proposée et acceptée par le malade.

Le 29 juillet, incision verticale dans le deltoïde en écartant les faisceaux musculaires et suivant une ligne répondant à la coulisse bicipitale.

La capsule est mise à découvert : elle est un peu élargie mais non flottante; une incision verticale est pratiquée sur elle, en avant de la petite tubérosité, sur une hauteur de 3 centimètres.

L'exploration intraarticulaire faite à travers cette boutonnière permet de constater que le rebord antéro-inférieur de la cavité glénoïde est

échancré légèrement. De plus, la capsule est décollée en bas et en avant, sur une longueur d'un bon centimètre. Fermeture de la boutonnière d'exploration, puis capsulorraphie suivant un pli vertical avec trois points à la soie plate.

Suites opératoires très simples. Aujourd'hui, 15 novembre, l'articulation fonctionne très bien dans les mouvements d'élévation et de rotation, la tête humérale reste bien en place.

En vous présentant ce malade, M. Mauclaire vous a dit avoir pratiqué, en 1898, à l'hôpital Necker, une capsulorraphie verticale, chez un jeune homme de vingt ans, pour une luxation ayant déjà récidivé trois fois.

Il se contenta, dans ce cas, de faire un pli vertical sans exploration intra-articulaire préalable. Les suites opératoires furent, comme dans le cas actuel, très simples. Trois mois après, le malade se servait très bien de son bras. Malheureusement, il a été impossible de le retrouver.

Enfin en 1899, M. Mauclaire a pratiqué encore, dans mon pavillon de chirurgie de Sainte-Anne, une capsulorraphie chez un jeune épileptique de vingt ans, atteint de luxation récidivante, et venant du service de M. le D[r] Pactet, de Villejuif.

La capsule, dans ce troisième cas, était très lâche et il fut nécessaire de faire un pli vertical et un pli horizontal à la soie. Ce malade a été transféré le 8 août 1904 à l'asile d'aliénés de Toulouse. Au moment du départ, c'est-à dire cinq ans après, la luxation ne s'était pas reproduite. Le résultat était donc parfait.

Voici maintenant l'observation personnelle de la malade à laquelle j'ai fait allusion au début de ce rapport.

Luxation récidivante de l'épaule chez une épileptique. Opération sanglante. Résultat fonctionnel parfait.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans qui me fut confiée, par M. le D[r] Briand, médecin en chef de Villejuif, atteinte il y a quelques années d'une luxation à l'épaule, et qui depuis lors se luxait l'épaule à chaque crise.

Nous avons appliqué chez cette malade le procédé qu'a exposé notre collègue Ricard, en 1892 à l'Académie de médecine et sur lequel M. le professeur Verneuil a présenté un rapport en 1894.

Il en diffère toutefois de celui de notre collègue par quelques points qui m'ont paru intéressants à signaler. Le résultat a été excellent.

Une incision est pratiquée au niveau du sillon delto-pectoral; la veine céphalique réséquée, on écarte largement les fibres musculaires

et on arrive ainsi facilement sur l'articulation, *en respectant le deltoïde et sans faire l'incision en L, recommandée par Ricard,* qui ne nous a pas paru nécessaire. Le muscle coraco-brachial est relevé et attiré en dedans. Le sous-scapulaire est découvert au niveau de son insertion scapulo-humérale.

La tête humérale est en place; un aide fait alors exécuter sur cette dernière, en empoignant le coude, un mouvement de rotation et la tête vient se placer sous le coracoïde. On ne trouve pas de solution de continuité de la capsule, mais, absolument comme dans le cas de Ricard, elle est mince, dilatée, sacciforme, et semble constituée par la portion de capsule située entre les deux faisceaux de renforcement moyen et inférieur. Il ne paraît pas y avoir de décollement fibro-périosté, pas de fractures du rebord glénoïdien, et la tête humérale palpée à travers la capsule semble intacte. Elle vient se placer dans cette dilatation capsulaire, absolument comme l'intestin vient se placer dans un sac herniaire (Verneuil dans rapport Ricard, 1894).

La luxation est alors réduite par l'aide, avec une extrême facilité, le bras est mis en rotation interne forcée, la paroi antérieure de la capsule articulaire est alors relâchée au maximum; cette dilatation capsulaire apparaît encore plus nettement et on peut la plisser entre les doigts. Un premier fil est passé (catgut n° 3) qui rétrécit le plus possible cette capsule, un second est passé à travers le sous-capsulaire dont le bord supérieur a été dégagé, et en haut va chercher tout ce qui reste de résistant dans la capsule pour l'accoler au muscle, un troisième enfin, dont l'importance nous semble assez considérable, est passé en bas, *dans le sous-scapulaire, en dedans dans le coraco-brachial, bord externe, et en haut et en dehors accroche le plan capsulaire résistant, formant ainsi une sorte de point en bourse.*

On réalise ainsi un véritable capitonnage fibro-musculaire de la face antérieure de l'articulation, on obtient un plan résistant et indépressible.

Hémostase; pansement à plat légèrement compressif. Le bras est mis en rotation interne forcée, la main de la malade reposant sur l'épaule du côté opposé.

Au huitième jour, ablation des fils.

Au quarantième jour, on commence le massage et la mobilisation. Le résultat fonctionnel est parfait, quoique, depuis l'intervention, la malade ait eu de nouvelles crises d'épilepsie. La malade, opérée le 31 mai, sort guérie du pavillon; depuis ce temps, la malade n'a plus eu de luxation et se sert de son bras sans la moindre gêne.

Je vous signalerai enfin une observation très intéressante que m'a adressée le Dr Lardennois, ancien interne des hôpitaux de Paris et chirurgien des hôpitaux de Reims.

Elle me paraît digne de vous être rapportée dans ses principaux détails.

P..., quarante ans, ouvrier forgeron, demeurant à Deville (Ardennes).

Homme vigoureux, musclé, bonne santé habituelle quoique alcoolique.

Histoire de l'accident. — La première luxation remonte à 1897 Voulant monter rapidement dans un wagon, il glisse sur une bouillote et tombe le bras droit en avant.

La luxation est réduite facilement, P..., garde une écharpe cinq semaines et il reste guéri pendant cinq ans.

En septembre 1902, étant monté sur un arbre, il sent céder sous lui la branche qui le porte, et brusquement il s'accroche avec le bras droit à une autre branche. Il sent un violent craquement dans l'épaule avec une vive douleur.

Un médecin appelé tire sur le bras et pratique quelques massages sans affirmer l'existence d'une luxation.

Un mois après, en octobre, à l'occasion d'un coup de poing lancé en avant, une luxation se produit qui est réduite aisément. Appareil contentif pendant huit jours.

En novembre, nouvelle récidive. La réduction est encore facile. En janvier 1903 troisième luxation, qui exige l'emploi de l'anesthésie.

De janvier 1903 au mois de septembre 1904, P... dit avoir eu une trentaine de récidives. La cause la plus futile suffit pour ramener le déplacement lorsque le bras est en abduction.

Tantôt c'est en lançant une croûte de pain à son chien, tantôt c'est en déchargeant des bottes de paille au bout d'une fourche. Parfois c'est en prenant point d'appui sur le coude pour se retourner dans son lit, en allongeant le bras pour prendre un drap sur le rayon le plus élevé de son armoire ou bien étant couché à terre en s'appuyant sur le bras pour se relever.

Un autre jour il descend un escalier en tenant la rampe de la main droite il saute une marche et pèse fortement sur le bras. La luxation se reproduit encore.

Souvent la réduction est facile. Il suffit que le malade se pende par la main à un anneau de fer ou à un barreau de fenêtre.

En cas d'insuccès, il suffit qu'un voisin vienne exercer des tractions sur le bras. Le médecin doit toutefois intervenir à mainte reprise et six fois même l'anesthésie ainsi que le concours de deux confrères deviennent nécessaires.

Notre blessé, obligé de renoncer à son travail et de porter son bras en infirme, m'est adressé à Reims par le Dr Lemaire, de Monthermé. Avant d'intervenir, je cherche à mainte reprise à provoquer une luxation sans pouvoir y réussir.

Le médecin du malade « m'affirme qu'il a toujours trouvé une luxation sous-glénoïdienne; le bras en abduction écarté du tronc à 60 degrés; la tête est facilement sentie au creux axillaire. Au-dessous de l'accromion existe une dépression dans laquelle le doigt pénètre profondément ».

Opération. — Le 7 septembre, je pratique la découverte de l'articulation par le procédé de Ricard : incision de 12 centimètres partant de la coracoïde et suivant l'intestice deltopectoral. Je suis gêné par une veine céphalique volumineuse qui envoie de nombreuses anastomoses

aux veines profondes. Je dois la réséquer en deux ligatures. Pour me donner du jour, je fais tomber sur la première une seconde incision parallèle à la clavicule et qui me permet de désinsérer la partie antérieure du deltoïde.

Ainsi se trouve dessiné un volet externe qui, écarté, me laisse voir le coraco-biceps. Ce muscle est lui-même érigné en dedans.

Je dissèque alors le bord supérieur du muscle et du tendon du sous-scapulaire. Je les récline fortement en bas en m'aidant de l'adduction et de la rotation interne du bras et j'ai sous les yeux une bonne partie de la capsule articulaire.

Aspect des lésions. — Cette capsule, au-dessous du « *foramen ovale* », est lâche, flottante, boursouflée. Elle a l'aspect d'une articulation complètement disséquée à l'amphithéâtre après qu'on l'a insufflée d'air.

On peut écarter facilement la tête humérale de la cavité glénoïde, et les surfaces articulaires restent séparées par un espace d'environ 2 centimètres.

Je cherche vainement à voir une déchirure de la capsule à sa face inférieure. S'il y a eu déchirure, la solution de continuité est cicatrisée.

En bas et en avant aussi, la capsule paraît amincie, élargie et distendue. Je crois reconnaître cependant les faisceaux obliques du ligament prœgléno-sous-huméral assez bien conservé.

Autant qu'on peut en juger par l'ouverture de la synoviale pratiquée au niveau du foramen ovale de Weitbrecht, la tête humérale ne présente pas d'encoche ni de rainure anormale.

Un aide essaye alors de reproduire la luxation, mais il est quelque peu gêné par les champs opératoires. Deux tentatives échouent.

Dans l'abduction et la rotation externe, la tête de l'humérus, très mobile, semble quitter en partie la cavité glénoïde, mais on n'obtient pas de luxation persistante.

Craignant de contusionner la jointure ou d'arracher les ligaments, je renonce à continuer et je procède à la capsulorraphie.

Il m'est impossible de raccourcir la capsule à sa partie inférieure, aussi j'ai recours à un procédé imité de celui de Ricard, bien que je vise un autre résultat.

Je cherche à relever la tête humérale vers la partie supérieure de la capsule pour l'empêcher de glisser sous la cavité glénoïde. J'essaye de raccourcir les ligaments qui la suspendent, de façon à la brider, à limiter ses mouvements d'abaissement.

Capsulorraphie. — Avec une aiguille courbe, je passe trois gros fils de catgut obliquement de haut en bas et de dedans en dehors dans la face antérieure de la capsule pour la plisser obliquement, la rétrécir et la tordre en quelque sorte.

Un premier fil oblique accroche le ligament inférieur prœgléno-sous-huméral près de son insertion humérale et va passer ensuite dans le ligament supérieur ou sus-gléno-sus-huméral, tout près de la glène scapulaire.

Un second fil plus interne est placé à peu près parallèle au premier;

enfin, le dernier tire et serre le tendon du sous-scapulaire, contre la partie supérieure de la capsule.

Les fils, une fois rapprochés et liés, non seulement la partie antérieure de la capsule est renforcée par un épais bourrelet, mais la capsule est sensiblement rétrécie et resserrée; la tête humérale, remontée, est bien maintenue contre la cavité glénoïde.

L'hémostase est facile. Le deltoïde, désinséré, est suturé au périoste de la clavicule par quelques points au catgut. La peau est réunie au crin de Florence. Pas de drainage. Les suites opératoires sont normales.

Le bras est immobilisé dans une écharpe de Mayor.

Les points de suture sont enlevés le 15 septembre. Au treizième jour après l'opération, on commence à mobiliser la jointure et à électriser le deltoïde.

On installe quelques appareils improvisés pour permettre au blessé d'exercer ses muscles et d'éviter la raideur articulaire et l'atrophie musculaire.

Le 1er octobre, P... soulève un poids de 2 kilogrammes et il place la main sur la tête. Quelques jours après, les mouvements de l'épaule paraissent à peu près rétablis et le malade est renvoyé chez lui.

J'ai reçu tout récemment encore de ses nouvelles. Mon malade commence à reprendre son pénible travail de forgeron. Il ne présente pas d'impotence fonctionnelle du bras et jusqu'ici il n'a pas eu de récidive.

L'opération date seulement de trois mois. Il est encore trop tôt pour pouvoir affirmer une guérison définitive.

Les observations que je viens de vous relater montrent ce que l'intervention chirurgicale peut donner dans les cas de luxation récidivante de l'épaule. Pour bien en saisir la portée, il me paraît utile d'insister sur quelques points d'anatomie pathologique et de de pathogénie. Nous pourrons mieux ainsi apprécier la valeur des procédés opératoires qui ont été appliqués dans les cas précités.

Dans toutes les luxations dont je vous ai présenté l'histoire, il n'existe aucune déchirure de la capsule. Lardennois pense qu'il existe dans son cas une déchirure aujourd'hui cicatrisée, mais nous n'en avons aucune preuve, et l'on peut dire que dans tous ces cas, il s'agit de luxations intra-capsulaires. Il me paraît nécessaire, avant d'aller plus loin, de démontrer les conditions dans lesquelles peut se faire une luxation intra-capsulaire.

Malgaigne ne l'admettait que dans le cas de luxation incomplète (luxation sous-coracoïdienne incomplète). Panas, il y a longtemps, démontra qu'une luxation est matériellement impossible sans une expulsion complète de la tête. La luxation suppose une fixité dans le déplacement; il faut donc qu'il y ait un certain degré d'engrènement, lequel ne peut exister que lorsque le col anatomique vient recevoir dans sa légère dépression le

rebord glénoïdien ; à ce moment, la luxation devient anatomiquement complète ; mais les auteurs ont eu le tort de n'envisager la luxation que dans les conditions d'intégrité absolue du squelette.

Or, dans les luxations récidivantes, Kramer à décrit une encoche qui se trouve au niveau de la grosse tubérosité de l'humérus et peut s'engrener sur le bord antérieur de la glène. Cette encoche a été depuis bien décrite par Broca et Hartmann dans un intéressant mémoire publié en 1890 à la Société anatomique et représentée dans les dessins qui y sont joints. Plus récemment, Brin et Dujarier, en 1898, ont retrouvé ces lésions et décrit sur la partie postérieure de la tête une dépression en tranche de melon dépourvue de cartilage, et du côté de la glène une usure considérable de son rebord antérieur. M. Mauclaire a constaté une encoche sur le bord antérieure de la glène.

On comprend que cette encoche puisse jouer le rôle de la dépression normale du col anatomique, arrêter par son engrènement la propulsion de la tête en dedans, et réaliser ainsi une luxation incomplète intra-capsulaire. Mais il convient de remarquer que si l'encoche a été découverte sur les pièces cadavériques, elle n'a pas jusqu'alors été trouvée par tous les opérateurs. Dans l'observation de Chaput, rapportée dans la thèse de Fontoynont, il existait en vérité une encoche très nette. Tuffier nous l'a signalée dans le cas qu'il a rapporté dans notre séance du 9 novembre 1898, mais son malade avait une tuberculose scapulo-humérale, et l'on ne saurait admettre une lésion de même ordre.

Par contre, dans un de ces cas, Mauclaire a ouvert l'articulation sans la trouver. Il en été de même du cas de Lardennois, mais l'incision que ces deux chirurgiens ont faite dans la capsule se trouve trop éloignée du siège de l'encoche pour que leur exploration soit décisive.

Chez ma malade, j'ai recherché sans résultat cette encoche à travers la capsule. On ne peut évidemment tirer de faits aussi peu nombreux de conclusion ferme. Il est certain que si l'encoche était constante, on comprendrait facilement que la luxation récidivante puisse se produire sous la forme d'une luxation incomplète.

En dehors d'elle, la luxation doit être complète, comme l'avait prouvé Panas. Or, il n'est pas besoin aujourd'hui de démontrer l'impossibilité d'une luxation complète dans une capsule normale. L'action qui a été attribuée par quelques-uns à l'atrophie musculaire me paraît exagérée.

Dès lors, cette luxation, en dehors de la déchirure de la capsule ne peut se produire que par un élargissement pathologique de la capsule. Sous ce rapport, la communication signalée par Roser

entre la bourse séreuse sous-scapulaire et l'articulation semble problématique.

Or, nos collègues Broca et Hartmann ont fait faire à la question un réel progrès, en nous montrant l'existence du décollement périostique. Selon eux, ce décollement se fait au niveau du bord antérieur de la glène et débute par le décollement et la déchirure du bourrelet glénoïdien. Les patientes découvertes qu'ils ont faites, l'examen minutieux de pièces anciennes ont définitivement fixé ce point anatomopathologique. Brin et Dujarier ont également retrouvé ce décollement qui constitue une cavité nouvelle qui loge la partie de la tête placée en avant de l'encoche.

Cette disposition existait dans un des cas de Mauclaire mais manquait dans le mien.

Lardennois nous apporte un cas jusqu'ici unique de luxation sous-glénoïdienne. Peut-être pourrait-il y rentrer, mais je n'oserai l'affirmer, puisque chez son malade la luxation semble s'être produite par le mécanisme de l'abduction, et que dans ces conditions la luxation est tout d'abord sous-glénoïdienne.

Par contre dans mon cas et celui de Mauclaire comme dans celui si remarquable que Ricard a présenté à l'Académie en 1894, il existait très nettement, à une boursouflure de la paroi antérieure de la capsule que Verneuil dans son rapport sur le cas de Ricard, comparait très justement à la dilatation d'un sac herniaire.

Dans mon cas personnel, cette dilatation existait entre les deux bandes de renforcement moyenne et inférieure de la capsule.

Cette disposition existe donc au moins dans un certain nombre de cas, mais il est probable que dans d'autres, c'est le décollement périostique qui doit se produire et les interventions qui se feront à l'avenir dans les luxations récidivantes devront nous éclairer sur le degré de fréquence de ces deux dispositions qui peut-être peuvent coexister. Comme dans le cas de Mauclaire, on comprend l'intérêt qu'il y a de les distinguer puisque la technique devra nécessairement varier dans les deux cas.

Celle qui jusqu'alors a toujours été suivie s'applique à la boursouflure antérieure, elle ne saurait évidemment convenir au décollement périostique et je ne puis dire ce qu'il conviendrait de faire en pareil cas.

Au point de vue pathogénique quelques considérations me paraissent intéressantes à signaler.

Broca rapporte à une luxation par cause directe la production du décollement. Les luxations de cause indirecte produisent des lésions toutes différentes qui ont été bien indiquées par Farabeuf et qu'il n'est pas nécessaire de rapporter ici.

Le cas de Lardennois, où la luxation paraît avoir été primitivement sous-glénoïdienne, rentrerait dans le cadre des luxations indirectes produites par le mécanisme de l'abduction.

Je veux simplement faire une remarque sur les lésions produites par les luxations de cause directe. Les luxations récidivantes se voient surtout chez les épileptiques. J'ai eu l'occasion en dix-huit mois d'en observer deux cas dans mon service de Sainte-Anne.

Or, quand on connaît les conditions dans lesquelles se produit la crise d'épilepsie, quand on voit l'épileptiqne tomber, on est obliger de reconnaître que le plus souvent le malade étant surpris dans l'attitude du repos, la luxation se produit habituellement par choc direct.

Je crois donc qu'il suffira d'étudier les lésions dans ces conditions pour reconnaître le plus souvent celles qui ont été décrites par Broca; si chez les deux épileptiques que j'ai observé à Saint-Anne, la lésion est différente et caractèrisée par la distension extrême de la capsule en avant du bourrelet glénodien, on ne peut expliquer cette différence qu'en admettant que parfois le membre en restant près du corps, peut présenter un degré plus ou moins prononcé de rotation au moment ou le choc atteint la tête humérale; dès lors eette dernière, au lieu de presser sur le bourrelet pour le désinsérer et amener consécutivement le décollement périostique, s'appuie sur un point de la capsule situé en avant et la distend au point de produire la boursouflure constatée par plusieurs chirurgiens et par moi-même.

J'arrive à envisager la question du traitement. Il ne saurait être question de massage ou d'injections médicamenteuses dans l'articulation.

Les appareils ne trouveront que bien rarement leur indication et seulement dans les cas où l'état du malade ne permettrait pas un autre traitement et l'on peut dire qu'à notre époque l'intervention chirurgicale constitue le traitement de choix.

Les considérations anatomo-pathologiques précédentes montrent que ce n'est que dans des cas bien exceptionnels qu'on aura recours à la résection de l'épaule comme l'ont pratiquée Kramer et Chaput, ou à l'arthrodèse proposée par Albert.

Dans l'immense majorité des cas c'est à la capsule que le chirurgien devra s'adresser.

La technique devra nécessairement varier selon qu'on aura affaire à un décollement périostique ou à la boursouflure de la capsule.

C'est cette dernière qui est constamment signalée dans les cas publiés; c'est elle dont nous parlerons exclusivement.

Mickuliez a pratiqué l'arthrotomie et la capsulorraphie par doublement de la capsule. Gerster a fait l'excision partielle de la capsule (capsulectomie).

Le procédé suivi par Ricard (capsulorraphie suivant un pli vertical) me paraît le plus simple et le meilleur. C'est celui qu'a suivi Mauclaire. Dans un de ses cas, il fit un double pli vertical et transversal.

Dans mon cas après avoir suivi la technique de Ricard j'ai pratiqué un capitonnage musculaire en réunissant par une suture le sous-scapulaire au coraco-huméral, fermant ainsi entièrement la partie antérieure de l'articulation.

Lardennois dans son cas s'était contenté d'attirer le tendon du sous-scapulaire contre la partie supérieure de la capsule.

Dans tous les cas, l'opération a été simple et le résultat fonctionnel excellent; on ne saurait trop la recommander dans les cas de luxation récidivante de l'épaule.

Messieurs, je vous propose : 1° de remercier MM. Mauclaire et Lardennois de leurs intéressantes observations et de les déposer dans nos archives; 2° d'inscrire M. Mauclaire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

M. Berger. — J'ai eu l'occasion d'observer une luxation récidivante de l'épaule : la capsule était très lâche et je l'ai fixée sur la pointe de l'acromion : le résultat a été excellent.

Communication.

Angiome calcifié du triceps crural gauche;
importance de la radiographie pour le diagnostic,

par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, je vous demande la permission de vous rapporter un petit fait qui m'a paru digne d'intérêt. Il s'agit d'une fillette de quatorze ans qui me fut adressée l'année dernière au mois d'octobre dans mon service de l'hôpital Trousseau, pour une douleur excessivement violente siégeant au niveau de la partie inférieure de la cuisse gauche, dans sa région antérieure. Cette douleur avait été mise sur le compte d'un point d'ostéite; on avait même admis la possibilité d'un abcès sous-périostique.

L'examen de la malade nous permit immédiatement de mettre hors de cause le fémur, qui n'était, ni douloureux, ni augmenté de volume. Il était bien évident que le gonflement profond que l'on percevait à deux travers de doigt au-dessus de la base de la rotule était entièrement intra-musculaire. La sensibilité était tellement vive en ce point que la malade ne pouvait supporter le moindre attouchement. Cette sensibilité extrême jointe au gonflement profond, intra-musculaire, me firent admettre la présence d'un corps étranger, bien que les commémoratifs fussent absolument muets à cet égard. Je fis faire la radiographie, mais elle demeura tout à fait négative. Dès lors, nous nous demandâmes si nous n'aurions pas affaire à une gomme musculaire; nous appliquâmes d'une manière tout à fait empirique un emplâtre de Vigo. Sous l'influence du repos au lit, les douleurs se calmèrent, sans disparaître complètement. La malade nous quitta au bout de quelques semaines, et nous n'en avions plus entendu parler, lorsque, le 19 novembre dernier, elle vint nous retrouver aux Enfants-Malades.

Elle nous apprit que, depuis trois semaines, les douleurs étaient devenues beaucoup plus violentes. Quant aux symptômes locaux, ils étaient les mêmes que l'année dernière; mais ils s'étaient notablement exagérés. Il existait toujours à deux travers de doigt au-dessus de la rotule une sensibilité extrêmement vive, qui faisait sursauter la malade au moindre attouchement. Dans ce même point, on percevait toujours un empâtement évident, mais beaucoup plus marqué que précédemment. L'idée de corps étranger s'imposait à notre esprit; aussi fîmes-nous faire une nouvelle radiographie, qui, cette fois, donna un résultat positif. Vous pouvez voir, en effet, sur la radiographie que je vous présente ici, une ombre, ou plutôt deux petites ombres, siégeant à un travers de doigt au-devant de la face antérieure du fémur. Ces deux petites taches ne répondaient par leur forme à aucun objet connu, et, du reste, l'histoire de la malade ne fournissait aucun commémoratif de corps étranger.

Toutefois, le résultat très net de la radiographie, l'intensité et la persistance des douleurs commandaient une intervention. Celle-ci fut pratiquée le 28 novembre. Je fis, à la partie antérieure et inférieure de la cuisse, une incision verticale de 4 à 5 centimètres de longueur. Après avoir traversé une couche adipeuse sous-cutanée extrêmement épaisse, je mis à nu le tendon du triceps. Celui-ci incisé, l'index explorant profondément le muscle, il me fut facile de sentir dans son épaisseur une masse dure. Les fibres du triceps étant sectionnées, je mis à nu une petite tumeur verticalement allongée, du volume d'une amande. Sa coloration

était d'un rouge violacé; en l'isolant avec le bistouri des parties voisines, je sectionnai trois vaisseaux donnant un jet assez volumineux. Cette dernière circonstance rapprochée de la coloration violacée de la tumeur me fit immédiatement penser que j'avais affaire à un angiome intra-musculaire. La dissection nous conduisit très près du cul-de-sac supérieur de la synoviale; aussi crus-je prudent de placer dans la plaie un drain qui fut retiré le troisième jour; la guérison se produisit d'ailleurs sans incident.

La section de la petite tumeur au bistouri nous permit de reconnaître dans son intérieur trois grains calcaires, criant sous le scalpel. Ce sont eux qui avaient produit sur la radiographie l'ombre notée précédemment. Les coupes de la tumeur faites par notre chef de laboratoire, le Dr Bize, nous ont permis de vérifier le diagnostic d'angiome intra-musculaire.

La tumeur se montre en effet constituée par un système lacunaire dont les cavités sont remplies de sang normal ou modifié par la stase et la coagulation. Ces cavités sont limitées par une paroi conjonctive d'épaisseur très variable tapissée par un endothélium aplati et allongé. Leurs dimensions sont très diverses; il en est de même de leur forme; régulièrement circulaires dans les points où, peu nombreuses, elles ont pu se développer librement, elles deviennent polyédriques dans les régions où, très abondantes et séparées par des travées très fines, elles se sont déformées par pression réciproque. Certaines cavités renferment les blocs calcifiés signalés précédemment. Ces blocs oblitèrent pour la plupart toute la cavité; cependant, en certains points, on aperçoit encore des globules rouges entre eux et la paroi. Ils adhèrent à celle-ci par une partie de leur surface. Le bloc lui-même se montre formé par des lamelles concentriques qui lui donnent la plus grande ressemblance avec un grain d'amidon.

Du reste, je ne saurais mieux faire, pour donner une idée exacte de l'aspect fourni par les coupes de cette tumeur, que de renvoyer à la thèse du Dr Rigaud, soutenue l'année dernière devant la Faculté de Paris (1). On y trouvera la reproduction de figures d'angiomes musculaires dues à M. Cornil, et qui sont absolument identiques à celles que nous avons observées nous-même.

Il était intéressant, en raison des douleurs éprouvées par la malade, d'étudier plus particulièrement l'innervation de la tumeur. Malgré des recherches minutieuses, M. Bize n'a pu trouver que deux filets nerveux, situés, l'un au milieu de la capsule celluloadipeuse, et l'autre au contact immédiat de la mince capsule con-

(1) Voyez : L. Rigaud, Contribution à l'étude de l'angiome musculaire primitif; *thèse de doctorat,* Paris, 1903, n° 389.

jonctive qui limite l'angiome proprement dit. Ces deux filets nerveux sont assez volumineux relativement aux faibles dimensions de la tumeur. On trouve peut-être que leur présence ne suffit pas à expliquer l'extrême sensibilité de la tumeur. Cependant, si on veut bien se reporter à l'observation de M. Monod, on verra que, dans un cas analogue, notre collègue n'a pu trouver que trois petits faisceaux nerveux juxtaposés ne présentant aucune altération (1).

En résumé, Messieurs, il m'a semblé intéressant de vous communiquer cette courte observation, vu la rareté des angiomes primitifs intra-musculaires. La présence de grains calcaires dans leur intérieur a été plusieurs fois rencontrée, mais ici la radiographie est venue apporter au diagnostic un élément bien digne d'intérêt.

Présentations de malades.

Hématurie essentielle.

M. Lucien Picqué. — Messieurs, le 30 octobre 1895, je vous ai présenté une malade atteinte d'hématurie essentielle, et que j'ai traitée avec succès par la néphrotomie.

Nos collègues Tuffier et Ricard avaient présenté des réserves au sujet de la tuberculose renale.

Je vous la représente neuf ans après, elle a actuellement près de quatre-vingts ans.

La guérison s'est maintenue.

Présentations de pièces.

Kyste dermoïde parovarien.

M. Potherat. — La pièce que je vous présente, Messieurs, vous montre un utérus atteint de plusieurs fibromes interstitiels, dont un très volumineux. J'ai enlevé cet utérus par hystérectomie abdominale subtotale, il y a cinq jours, dans mon service de l'hôpital Broussais, à une femme de quarante-cinq ans. Cette femme va aujourd'hui aussi bien qu'on peut le souhaiter.

Ce n'est point à cause de ces fibromes que je vous présente cette

(1) Voyez : Monod, Angiomes douloureux; rapport de M. Trélat, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1879, p. 651.

pièce. A ce point de vue elle serait banale. J'appelle votre attention sur les annexes du côté droit. Vous y verrez, outre la trompe et l'ovaire, une tumeur du volume d'une orange.

Cette tumeur que j'ai ouverte contenait de la matière sébacée et des paquets de poils. Vous voyez encore de ces poils adhérents à la paroi qui porte, en outre, en un point, une petite pièce osseuse. C'est donc là un kyste dermoïde.

Mais, et c'est là ce que je voulais mettre en relief, ce kyste dermoïde ne siège pas dans l'ovaire; l'ovaire est là, tout à côté, parfaitement distinct.

Or, vous le savez, plusieurs faits, bien étudiés (et je vous en ai présenté ici un exemple très net) montrent que les kystes dermoïdes de l'ovaire, au moins quand ils sont petits, sont parfaitement, totalement et facilement énucléables, de telle sorte qu'on pourrait enlever les kystes en laissant l'ovaire en place.

Cette disposition anatomique montre que ces productions kystiques sont extérieures au parenchyme ovarien, et nous expliquent qu'une femme atteinte de kystes dermoïdes des deux ovaires, puisse avoir un et même plusieurs enfants, ainsi que je vous en ai moi-même fourni des exemples à cette tribune.

Le kyste dermoïde n'étant pas partie intégrante du parenchyme ovarien, on conçoit qu'il puisse se développer d'une façon contiguë à l'ovaire lui-même, et cette pièce nous fournit la démonstration anatomique de cette conception.

Elections.

NOMINATION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT ÉTRANGER.

Nombre de votants : 36. — Majorité : 19.

M. Butlin (de Londres)	obtient :	29	voix.
M. Buscarlet.	—	3	—
M. Tait (de San-Francisco)	—	2	—
M. Duprat (de Genève)	—	1	—
M. Von Hacker (Allemagne)	—	1	—

En conséquence, M. BUTLIN, doyen de la Faculté de médecine de Londres est nommé correspondant étranger.

NOMINATION DE QUATRE MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Nombre de votants : 38. — Majorité : 20.

M. Mordret	obtient :	35	voix.
M. Fontoynont	—	33	—
M. Estor	—	25	—
M. Vanverts	—	24	—
M. Lafourcade	—	6	—
M. Toussaint	—	5	—
M. Bonnet	—	5	—
M. De Rouville	—	5	—
M. Fernand Monod	—	2	—
M. Letoux	—	2	—
M. Brin	—	2	—
M. Gaudier	—	2	—
M. Gilis	—	1	—
M. Baillet	—	1	—
M. Pluyette	—	1	—
M. Séjournet	—	1	—
M. Billat	—	1	—

En conséquence, MM. ESTOR (de Montpellier), MORDRET (du Mans), VANVERTS (de Lille), FONTOYNONT (de Tananarive), sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de Chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1905

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. BUTLIN (de Londres), remerciant la Société de chirurgie de sa récente élection au titre de membre correspondant étranger.

3°. — Des lettres de remerciements de MM. ESTOR (de Montpellier), MORDRET (du Mans) et VANVERTS (de Lille), récemment élus membres correspondants nationaux.

4°. — Un travail de M. BRUNSWIC-LE BIHAN (de Tunis) intitulé : « *Proïtes d'origine appendiculaire* ».

— Le travail de M. Brunswic est renvoyé à une commission dont M. PICQUÉ est nommé rapporteur.

M. KIRMISSON dépose sur le bureau une observation de M. d'OELNITZ (de Nice), intitulée : « *Extraction d'un sou enclavé dans l'œsophage à l'aide du crochet de Kirmisson* ».

— L'observation de M. d'Oelnitz est renvoyée à une commission dont M. KIRMISSON est nommé rapporteur.

M. BAZY dépose sur le bureau, de la part de M. Edgar CHEVALIER, dix observations de corps étrangers de la vessie (calculs exceptés).

— Le travail de M. Edgar Chevalier est renvoyé à une commission dont M. BAZY est nommé rapporteur.

Lecture.

Rupture traumatique d'une rate palustre compliquée d'écrasement de la queue du pancréas, chez une femme malgache. Splénectomie. Guérison (1),

par M. FONTOYNONT.

Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Ranoro, vingt-huit ans, femme indigène, demeurant à Tananarive, a eu toute jeune de la syphilis et des accès paludéens, dont les réveils sont fréquents. Elle ne peut rien dire ni sur son père, ni sur sa mère, si ce n'est qu'ils sont morts depuis longtemps déjà et qu'ils ont eu deux enfants, elle-même et une sœur encore vivante, mais paludéenne. Ranoro a elle-même une fille bien portante.

Le 14 octobre 1904, elle se rendait au domicile d'un des médecins de la ville, parce qu'elle venait d'avoir un accès paludéen. Elle marchait sur le trottoir, le long d'une maison, quand elle reçut brusquement dans le flanc gauche, le timon d'une voiture à bras qui passait sur la chaussée. L'indigène traînant la voiture à bras avait voulu se garer d'une automobile qui arrivait en arrière de lui et la vitesse avait décrit un arc de cercle, projetant le timon du côté du trottoir. L'homme s'était prudemment sauvé.

Aussitôt frappée, la femme était tombée à terre, mais de suite s'était relevée pour courir à la poursuite du bourjane qui, ayant repris la charrette s'en allait. Après quelques pas, elle s'affaissa évanouie et, comme elle ne reprenait pas connaissance, on l'apporta à l'hôpital indigène où elle fut admise dans mon service de chirurgie, trois quarts d'heure après la chute. L'accident était arrivé à 8 heures du matin. Je la vis un peu avant 10 heures, c'est-à-dire moins de deux heures après.

Elle avait repris connaissance, mais répondait péniblement aux questions posées. Le pouls était imperceptible, les extrémités complètement froides, les conjonctives pâles, la respiration haletante.

Le ventre était dur, tendu, mais inégalement volumineux. Toute la partie inférieure correspondant à l'hypogastre et aux fosses iliaques bombait, au point que tous ceux qui la virent, moi y compris, pensèrent que l'utérus était gravide.

(1) Travail lu par le secrétaire général.

Cependant, les commémoratifs de l'accident, les signes d'hémorragie interne, me firent accepter le diagnostic de rupture traumatique de la rate, fait par le Dr Audrianjalfy, médecin indigène, résidant à l'hôpital, ancien élève de l'école de Montpellier. Audrianjalfy avait fait dès l'arrivée de la malade, tout préparer pour une intervention. Je pus donc opérer la blessée à 10 heures, exactement deux heures après l'accident.

Opération. — L'incision fut d'abord faite sous-ombilicale étant donné le gonflement de cette région et pour le cas où nous aurions eu affaire à une rupture tubaire ou autre. Nous trouvâmes les fosses iliaques et tout le petit bassin rempli d'une quantité énorme de caillots et de sang. Nous étant assuré que l'utérus et les annexes étaient intactes et le sang, d'ailleurs, ayant l'air de venir d'en haut, nous prolongeâmes l'incision jusqu'à l'épigastre, et la main put aisément percevoir la rate en partie rompue. Le sang coulait abondamment et de la rate et du hile. Cette rate, voluminense, était immobilisée par des adhérences solides au niveau de la coupole diaphragmatique, adhérences dues aux nombreuses poussées de périsplénite palustre qu'avaient eu la malade.

Une incision horizontale longeant les fausses côtes fut branchée sur l'incision médiane et le jour donné, très suffisant pour apercevoir les dégâts. Outre les lésions de la rate existait un écrasement de la partie terminale de la queue du pancréas sur une étendue de 2 à 3 centimètres environ. L'artère splénique donnait à gros jets.

Sans perdre de temps à faire une ligature qui eût été fort difficile au milieu des tissus écrasés et friables du pancréas, je plaçai trois clamps : le premier sur le pancréas, le deuxième et le troisième sur le pédicule vasculaire, et je sectionnai les vaisseaux entre les deux clamps, ainsi que le peu de pancréas qui était écrasé.

La rate put alors être quelque peu basculée. Elle ne tenait plus qu'à la coupole diaphragmatique. Il fallut rompre avec les doigts et à l'aveugle les adhérences. L'hémorragie était enrayée en partie ; mais cependant assez abondante pour être inquiétante. Du sang veineux venait en nappe du diaphragme. Il ne fallait pas songer à remplacer les pinces clamps par des ligatures. Les deux pinces furent laissées en place et deux grandes compresses tamponnées fortement pour arrêter l'hémorragie restante. Clamps et compresses sortaient hors de l'abdomen à l'extrémité externe de l'incision horizontale sous-costale. Nettoyage de la cavité abdominale qui contenait encore de très nombreux caillots, puis suture des parois.

Pendant tout le temps de l'opération, sérum caféinisé sous la peau et dans les veines ; en tout environ 1.500 grammes.

A la fin de l'opération qui avait durée environ trois quarts d'heure, le pouls était perceptible, assez plein, bien meilleur qu'avant, et la malade avait repris connaissance. Elle put même nous remercier.

Deux heures après l'opération il lui fut fait une injection de quinine d'un gramme et des injections sous-cutanées de sérum artificiel, de

manière à porter à quatre litres la dose totale de la journée et de la nuit.

Suites opératoires, — Le 15, lendemain de l'intervention, état général assez bon, mais respiration rapide, 60, et langue sale. Léger suintement de la plaie. Le bandage de corps seul est changé. Sérum, 600 grammes. Temp., 38 degrés (Toutes les températures sont axillaires).

Le 16. — Le suintement continue très léger. Temp., 38 degrés le matin, 39 degrés le soir. Respiration toujours rapide à 60. Légère suppuration au niveau du pli de l'un des coudes, siège d'une des injections intraveineuses. Sérum, 500 grammes.

Le 17. — Temp., 39 degrés le matin. Respiration, 60. Les pinces sont enlevées. Aucune hémorragie. Injection de quinine de 0 gr. 50. Sérum, 300 grammes. Lait, bouillon.

Le soir, à cinq heures, la température est tombée à 38 degrés et l'état général est excellent. La partie semble gagnée, quand, dans la nuit se produit un drame qui ne laisse pas de jeter quelque jour sur la mentalité indigène.

Une femme, de caste noble, qui occupait précédemment le lit de notre malade et qui avait été envoyée dans une autre salle pour laisser l'opérée seule dans la chambre, outrée à la pensée qu'elle, noble, avait dû céder la place à une « andero », c'est-à-dire une esclave, profitant de l'absence momentanée de la garde se couvrit la tête de ses draps, suivant la coutume des « mpamosary », c'est-à-dire des sorciers de ce pays, pénétra dans la chambre de la malade, éteignit la bougie, lui introduisit deux doigts dans la bouche, puis la jeta au bas du lit et la traîna par toute la chambre. Comme on accourait, elle se sauva. Ce fut difficilement que l'on retrouva la coupable et qu'elle avoua.

Le lendemain de ce drame, je trouvai la femme avec 39°,1 encore toute tremblante d'émotion. État général mauvais.

Le tamponnement est retiré. Il n'y a aucune hémorragie ; mais il s'écoule au moins 200 grammes de liquide épais, filant, teinté d'un peu de sang, liquide qui ne pouvait être autre chose que du suc pancréatique. Au fond de la plaie apparaît l'extrémité du pancréas, blanc-grisâtre complètement entourée d'adhérences péritonéales qui excluent en quelque sorte de l'abdomen cette extrémité de l'organe. La graisse de la paroi au niveau de l'orifice et quelques points de la cavité sont sphacélés, par action probable du suc pancréatique.

Une simple mèche, qui sera dorénavant changée chaque jour, remplace le tamponnement et un drain allant profondément dans la direction du pancréas est installé. Sérum, 200 grammes. Injection de caféine de 0 gr. 25. Lait.

Le soir, l'état général est encore moins bon, la langue rôtie ; le pouls petit. La respiration à 60. La température à 39°4.

Le 19 et le 20 état général stationnaire. Injection de sérum et injection de quinine de 0 gr. 50.

L'écoulement pancréatique diminue considérablement et graduellement. Lait. Bouillon.

Le 21, amélioration réelle.

Le 22 l'état est encore meilleur et la malade paraît devoir guérir. Il n'y a plus trace d'écoulement de suc pancréatique.

La quinine suspendue le 22 et le 23 fut reprise le 24 et continuée jusqu'au 29 octobre à la dose de 0 gr. 25 en injection. Cessée jusqu'au 6 novembre elle fut reprise ce jour à la suite d'une légère poussée de température et donnée toujours en injection ainsi qu'il suit : le 6, 0 gr. 50; le 7, le 8, le 9, le 10, 1 gramme.

Depuis le 21, alimentation ordinaire, c'est-à-dire riz et viande avec addition de lait, bouillon, de six jaunes d'œufs crus et de poudre de viande.

Depuis longtemps déjà maintenant la malade va très bien. Il n'y a plus aujourd'hui 30 novembre qu'un petit trajet fistuleux près à se combler.

Examen du sang. — L'examen du sang fut fait à trois reprises soit par mon interne, soit par notre ami le Dr Heiret, directeur de l'Institut Pasteur de Tananarive.

Premier examen. — Le 16 novembre (deux jours après l'intervention).

Globules rouges	1.650.000

Deuxième examen. — Le 27 novembre (examen du Dr Heiret, je reproduis sa note).

Hématies		1.440.000	
Leucocytes		10.000	
Polynucléaires		60	
Mononucléaires	Vaguement lobés	14	29
	Vrais mononucléaires	15	
Lymphocites		7	
Eosinophiles		4	
Matzellen		0	

Beaucoup de formes de transition entre les poly et les mononucléaires. Si on tenait absolument à distinguer les uns des autres, des 14 mononucléaires vaguement lobés on pourrait en faire passer la moitié aux polynucléaires; ce qui donnerait :

Polynucléaires	67
Mononucléaires	22
Lymphocytes	7
Eosinophiles	4
Matzellen	0

En résumé augmentation considérable des leucocytes.

Le fait toutefois le plus curieux est que parmi les hématies il existe un nombre absolument considérable et tel que l'on n'en voit pour ainsi dire jamais d'hématies nucléées. M. le Dr Heiret a d'ailleurs envoyé à M. le professeur Laveran des préparations analogues à celles que je joins à mon observation.

Il existait en plus dans les préparations du sang deux chaînettes très nettes de streptocoque. Pas d'hématozoaires.

Troisième examen. — 24 novembre (Dr Heiret).

Hématies	1.730.000
Leucocytes	6.500
Polynucléaires	72
Mononucléaires	26
Lymphocites	2
Eosinophiles	1

Pas une hématie nucléée, pas d'hématozoaires. Une chaînette de streptocoques.

Examen de la rate. — La rate, vide de sang, est pesée le lendemain seulement de son ablation. Son poids est de 500 gr. Elle est franchement hypertrophiée, nettement palustre.

Il existe, au tiers inférieur, une large rupture qui dépasse sur la face interne la ligne médiane; sur la face externe elle atteint cette ligne médiane. Les deux dessins ci-joints rendent d'ailleurs mieux compte des lésions que toute description.

Nous rappelons que le pédicule vasculaire était écrasé ainsi que l'extrémité du pancréas.

Quelques particularités de ce cas nous paraissent dignes d'attirer l'attention :

1° La rapidité avec laquelle fut pratiquée l'intervention aussitôt l'accident (une heure seulement après), rapidité qui nous paraît être la véritable cause du succès opératoire;

2° La formation d'une fistule pancréatique qui heureusement ne tarda pas à s'occlure d'elle-même et fut le seul symptôme consécutif à la résection du tissu pancréatique;

3° La présence momentanée dans le sang d une quantité considérable de globules rouges nucléés, fait encore peu contrôlé et signalé par Dominici après la splénectomie (1); alors qu'au contraire nombre d'auteurs signalent l'augmentation constante des leucocytes, augmentation que nous aussi avons constatée;

4° L'injection d'un gramme de sel de quinine quelques heures après l'opération d'autant plus justifiée que la blessée était une paludéenne qui venait d'avoir dans la nuit un accès palustre.

D'ailleurs, dans les pays palustres, c'est-à-dire dans presque toutes nos colonies, j'estime qu'il est indispensable de faire après chaque opération *préventivement* une injection intra-musculaire de 0 gr. 50 à un gramme de quinine, *systématiquement*, quel que soit l'opéré, homme femme ou enfant et quelle que soit l'opération. Toute intervention chirurgicale est un puissant facteur de réveil du paludisme et je me suis trouvé toujours fort bien depuis plusieurs années de cette manière de procéder.

(1) *Histologie pathologique* de Cornil et Ranvier; nouvelle édition, art. de Joly, p. 500.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Picqué. — Lors de la discussion sur le déciduome malin, je vous ai promis de vous donner communication des conclusions du travail que je vais faire paraître incessamment avec M. Durante sur un cas que j'ai observé dans mon service de la Pitié en 1899.

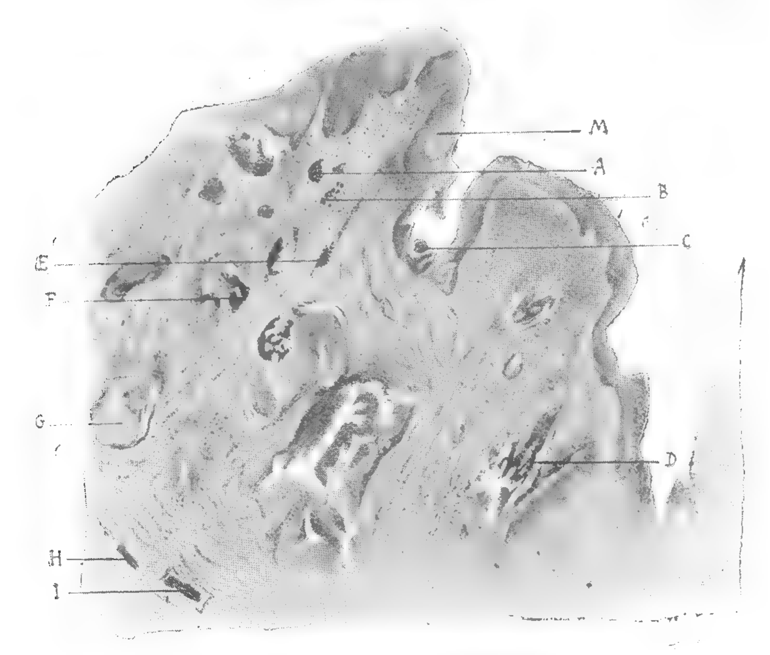


Fig. 1. — Coupe topographique.

La surface de la cavité utérine est recouverte d'une couche d'épaisseur variable (M) formée d'éléments figurés du sang et de fibrine.

Dans cette couche, on retrouve quelques éléments syncytiaux (C), surtout au fond des anfractuosités.

La paroi utérine, les vaisseaux dilatés renferment les uns un simple caillot fibrineux (G), d'autres des bourgeons de syncytium (A. D. H. J); d'autres, enfin, un mélange de fibrine, d'éléments figurés du sang et de syncytium (F). Dans certaines cavités vasculaires, le néoplasme n'occupe qu'une partie de la paroi qu'il semble envahir plus profondément (E). En quelques points, rares, seulement, il existe des éléments syncytiaux paraissant siéger dans le tissu interstitiel (B), mais peut-être occupent-ils l'intérieur des capillaires.

Voici des conclusions :

« 1° La tumeur se développe de dedans en dehors. Elle a pour point de départ une *greffe placentaire* et non la caduque. C'est pour cette raison que nous avons substitué le terme de « épithé-

lioma ectoplacentaire » à celui de « déciduome » qu'on lui donnait autrefois ;

« 2° La môle hydatiforme serait le plus souvent la cause première de cet épithélioma (Metoz). Du déciduome malin, *thèse de Paris* 1900. Elle serait à l'épithélioma ectoplacentaire, ce que l'adénome est au cancer cylindrique des glandes ;

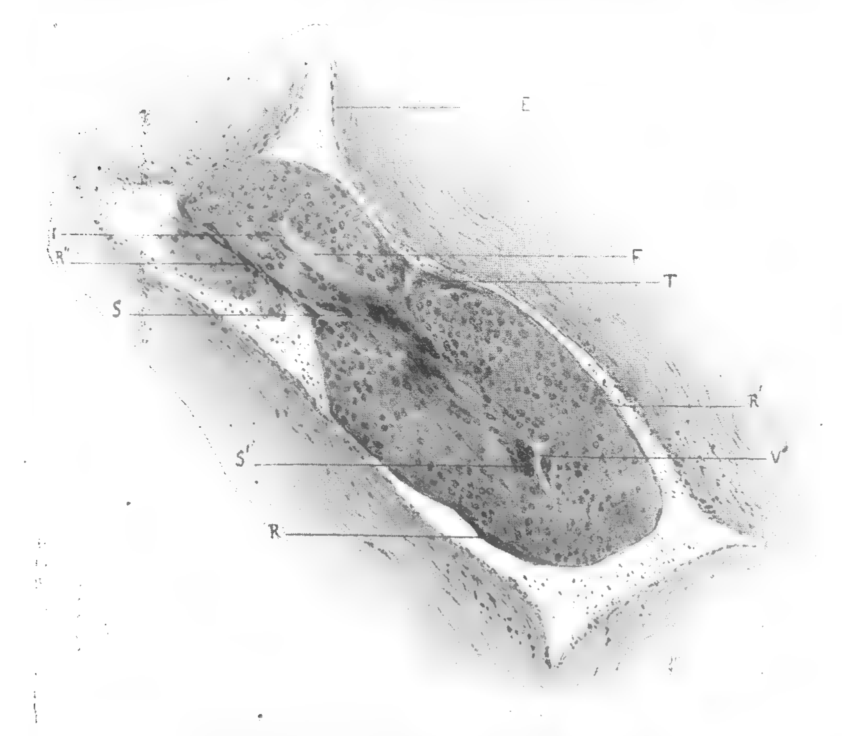


Fig 2. — Noyau néoplasique intra-vasculaire,

Cette figure est la reproduction du point de la figure 1 à un plus fort grossissement.

Ce noyau n'a pas encore contracté d'adhérence avec les parois vasculaires dont l'endothélium est conservé en plusieurs points, notamment en E.

S. S'. I. Masses plasmodiales indivises siégeant au centre du noyau.

F. Traînée de fibrine. — R. R'. R''. Couche plasmodiale de syncytium limitant le noyau et s'unissant en T avec l'amas plasmodial central. — Le reste du noyau est constitué par des cellules rondes plus ou moins bien individualisées qui, en certains points, présentent des limites indécises avec le syncytium voisin.

« 3° L'épithélioma ectoplacentaire peut être primitif, c'est-à-dire reconnaître pour origine une greffe de placenta laissée dans la cavité utérine après la parturition.

« Ces reliquats placentaires sont plus fréquents à l'heure

actuelle depuis que l'asepsie a augmenté le nombre des accouchements sans infection de la cavité utérine. Elle permet la greffe immédiate de débris placentaires que l'infection détruisait jadis par l'action des microbes saprophytes. Sans doute, c'est pour cette raison que le nombre des épithéliomas ectoplacentaires augmente chaque année.

En 1876	1	observation	princeps	(Mayer).
En 1895	24	—	—	(Durante).
En 1896	22	—	—	—

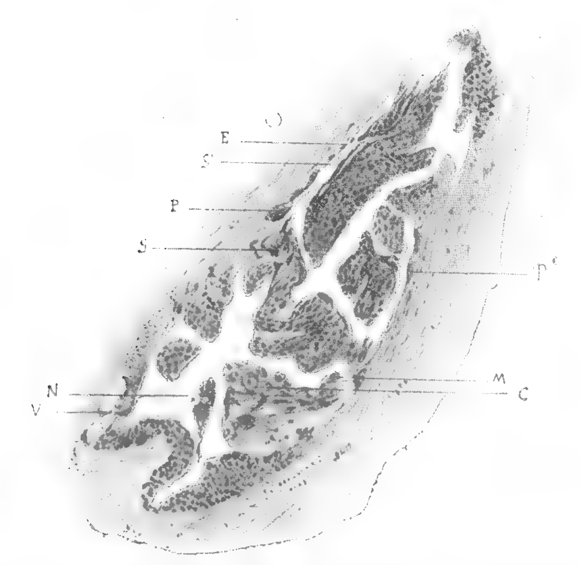


FIG. 3. — Envahissement d'un vaisseau par le syncytium.

L'endothélium vasculaire est encore reconnaissable en E.
Dans les autres points, il est détruit par le syncytium qui vient adhérer à la paroi (P. P'. S.). — Ce syncytium se présente sous formes de traînées, de massues (N. M.), de bourgeons, au centre desquels on trouve parfois soit des cellules rondes, soit de gros éléments clairs assez bien individualisés (C). — En certains points, le syncytium délimite des cavités pleines de sang affectant l'aspect de petits vaisseaux (V) ou de capillaires (N).

« Le début de l'épithélioma ectoplacentaire peut donc tenir soit à un placenta laissé à la suite d'avortement, époque ou il adhère fortement et est doué d'une grande vitalité, soit à un placenta oublié depuis longtemps (placenta scléreux, polypes placentaires) ;

« 4° C'est au dépens du syncytium, c'est-à-dire la couche du revêtement la plus périphérique de la villosité choriale que se constitue la tumeur. M. Duval a montré d'ailleurs que ce syncitium représente à l'origine l'ectoplacenta fœtal ;

« 5° Ces tumeurs présentent une affinité toute spéciale pour le

tissu vasculaire à l'exclusion du tissu lymphatique. Aussi est-ce dans la *cavité des vaisseaux* que l'on voit se développer les bourgeonnements néoplasiques.

« Cela explique également la rapidité et la fréquence des *embolies metastatiques* dans les autres viscères et en particulier dans le poumon.

« Dans cette observation, la voie vasculaire est la seule que la tumeur ait prise pour envahir le tissu externe.

« Cette voie n'est cependant pas absolument la seule. M. Durante *Bonnaire et Letulle* (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1901) ont signalé des cas où le tissu utérin était directement infiltré d'éléments syncitiaux qui ne pénétraient dans les cavités vasculaires que secondairement en soulevant la tunique endothéliale. »

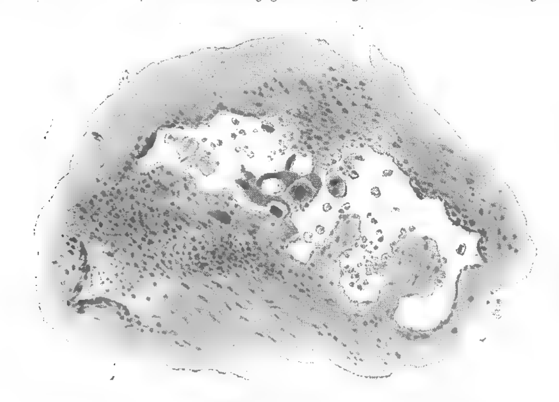


Fig. 4. — Vaisseau utérin avec petite embolie syncytiale perdue au milieu d'un caillot.

Le vaisseau est atteint d'une endophlébite qui ne peut que favoriser l'adhérence et la greffe du néoplasme. L'élément néoplasique se présente sous la forme d'une masse plasmodiale aréolaire et de quelques grosses cellules libres ayant les mêmes réactions histologiques que le protoplasma syncytial.

M. Lejars. — La question du déciduome malin est assez complexe et assez mal connue encore, pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'en publier de nouveaux faits; c'est à ce titre que je désire apporter à la discussion le document que voici. Il s'agit d'un cas de déciduome malin greffé sur une môle, pour lequel j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale en juin dernier, et je vous présente en même temps la pièce et l'examen histologique.

Ma malade est une femme de trente-deux ans, grande, grosse, d'allure vigoureuse, et dont la santé avait toujours été bonne, à part, toutefois, une crise de colique hépatique, jusqu'aux acci-

dents des derniers temps. Réglée à treize ans, elle l'avait toujours été normalement. Elle avait eu un premier enfant, à terme, en 1892; un second, en 1894; un troisième, en 1897, puis, deux fausses couches, l'une de deux mois, en 1898, l'autre de deux mois et demi, en 1900.

Les dernières règles dataient du 7 février 1904. Le 27 mars, une hémorragie survient, sans douleur, hémorragie très abondante, de sang clair, qui suinte en nappe, sans caillots. Pendant les cinq semaines qui suivent, les pertes continuent avec le même caractère, et des alternatives d'arrêt complet et de reprise. Le 16 mai, la malade expulse un gros « caillot », dans lequel une sage-femme aurait reconnu la présence d'un amas de vésicules hydatiformes. Nous ne savons au juste quel traitement fut institué; toujours est-il que les hémorragies se répétèrent avec une abondance considérable, entraînant parfois de nouvelles vésicules.

Quand cette femme entra finalement dans notre service, à l'hôpital Tenon, en juin dernier, elle était dans un état d'anémie extrême, d'une pâleur livide, avec un pouls fréquent et petit; elle se plaignait d'une angoisse respiratoire continue, et s'agitait perpétuellement dans son lit. Du sang liquide suintait sans trêve du vagin.

On constatait, à l'examen du ventre, une grosse tumeur médiane, ovoïde, tendue, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et présentant la configuration d'un utérus gravide; cette tumeur était, du reste, mobile, et, par le palper bimanuel, on la déplaçait d'un côté à l'autre, et d'arrière en avant, sans difficulté, dans les limites où le permettait son volume. Le col était très gros, mou, largement ouvert; on y voyait pendre une sorte de bouchon noirâtre, sphacelé, ressemblant à du placenta. Ce bouchon, qui, du reste, n'obturait nullement le canal cervical, fut extrait avec la curette, et celle-ci ramena, de la cavité utérine, des débris sanieux et brunâtres et de gros caillots; mais, cette exploration provoquant une recrudescence de l'hémorragie, et le diagnostic nous semblant d'ailleurs suffisamment établi par les faits que nous venons de rapporter, je n'insistai pas sur un curettage et, le 23 juin, je pratiquai l'hystérectomie vaginale.

Je cherchai à profiter de la parfaite mobilité de l'utérus, qui s'abaissait facilement, pour l'extraire en bloc, sans incision médiane préalable, et sans répandre dans la plaie le contenu, évidemment très septique, dont nous avions eu un échantillon. Le col fut donc fermé, tout d'abord, par trois points de suture au gros catgut, qui en accolaient les deux lèvres. Ceci fait, j'ouvris les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur, et, en procédant avec douceur, je réussis à faire basculer le fond de l'utérus en

avant; de chaque côté étaient appendues des annexes saines; les ligaments larges et la cavité pelvienne ne présentaient non plus rien d'anormal. Le pincement ligamentaire fut pratiqué par étages, de haut en bas, et l'utérus enlevé en masse avec les annexes.

L'intervention fut bien supportée; le sérum artificiel fut admi-



Déciduôme malin greffé sur un môle.

nistré largement par voie sous-cutanée dans les trois premiers jours. Il n'y eut pas d'incident, et, au bout d'un mois, notre malade rentrait chez elle.

Je l'ai revue plusieurs fois, et encore, dans les premiers jours du mois. Elle a repris de la mine et des forces, et ne se plaint que de quelques bouffées congestives; la cicatrice vaginale est régulière et souple.

Voici la pièce : la tumeur occupe le fond de l'utérus, au niveau de la corne gauche : fraîche, elle avait à peu près le volume d'une

orange. Elle présente deux parties : une partie superficielle, granuleuse et constituée par un amas de vésicules, grosses comme un grain de chènevis, ou de millet, claires et ressemblant à du frai ; une partie profonde, qui se prolonge dans l'épaisseur du muscle utérin, et qui est formée d'un tissu plus tassé, à grosses bosselures grisâtres, infiltré de sang, et très friable. Sur la paroi utérine antérieure, faisant face à la tumeur principale, on trouve un gros noyau, presque pédiculé, et de même aspect. Il n'y a rien dans le reste de l'utérus ni dans le vagin.

L'examen histologique a été pratiqué par mon interne, M. Magitot; il a donné les résultats suivants :

« Les coupes ont été faites dans trois régions :

« 1° *Coupes passant par la tumeur et la paroi utérine.* — On est frappé par la présence et l'abondance de grosses cellules renfermant un noyau volumineux très colorable, quelquefois, et souvent même plusieurs noyaux. On trouve ces éléments tout autour de la coupe, tantôt sur deux ou trois rangées, tantôt par amas considérables. Par endroits, elles atteignent un volume énorme et renferment jusqu'à quinze et vingt noyaux. Ces dernières occupent surtout les couches moyennes. Du côté du tissu musculaire, les cellules déciduales sont moins grosses ; on les voit s'infiltrer dans les fibres musculaires qu'elles dissocient. Elles sont alors soit arrondies, soit déformées par pression réciproque ; elles renforcent un noyau allongé, fusiforme, qui les fait ressembler à des cellules sarcomateuses.

« Par places, les cellules déciduales sont en voie de dégénérescence ; les noyaux prennent moins facilement les réactifs, et des vides entre les cellules semblent prouver la disparition de certains de ces éléments. De nombreux leucocytes se voient par amas en arrière des déciduales et dans le tissu musculaire ; des diffusions sanguines, enfin, se trouvent de place en place au milieu des fibres musculaires. Çà et là quelques vaisseaux de néoformation, mais en très petit nombre.

« Dans une région très nette, même à l'œil nu, on rencontre une vésicule de tissu muqueux ; cette vésicule, remplie de cellules conjonctives jeunes, est entourée par des cellules déciduales, tantôt sur un rang, tantôt sur plusieurs ; elles sont généralement petites à cet endroit. La vésicule est elle-même contenue dans une sorte de cavité tapissée toujours par des cellules déciduales, et, dans d'autres endroits, on voit comme l'ébauche d'autres cavités rappelant de loin des culs-de-sac glandulaires et toujours tapissées par les mêmes cellules.

« *Coupes au niveau des vésicules restantes de la môle.* — Même aspect microscopique que celui de la vésicule ci-dessus décrite ;

tissu muqueux toujours entouré de cellules déciduales ; leucocytes.

« *Coupes au niveau du noyau de la paroi utérine antérieure.* — Même aspect que celui de la tumeur principale : cellules déciduales et tissu nécrotique avec diffusions sanguines ; infiltrations embryonnaires.

Je dirai simplement, en terminant, que, l'opération ne datant que de six mois, on ne saurait être assuré de l'avenir, mais que, pourtant, la limitation de la tumeur à l'utérus, l'absence de noyaux sous-péritonéaux, et le fait encore, que l'ablation a pu être réalisée en bloc, après fermeture préalable du col, représentent un ensemble de conditions favorables.

M. F. Legueu. — Il y a de nombreuses inconnues encore dans cette question confuse des chorio-épithéliomes ; la discussion actuelle lèvera peut-être quelques-unes de leurs obscurités.

Il est un point cependant qui me paraît bien établi, c'est celui qui a trait aux rapports du déciduome avec la môle hydatiforme : il y a, entre ces deux affections, une relation de succession que l'on retrouve dans presque tous les cas, à tel point que l'on doit toujours considérer comme suspect un utérus qui fut un jour le siège d'une môle.

J'ai opéré, au mois de novembre 1903, une malade de trente ans qui avait des pertes sanguines abondantes et un utérus que je jugeai un peu gros. Un curettage pratiqué quelques mois avant était resté sans résultat. Cette femme avait eu deux enfants, onze et huit ans avant. Seulement elle avait eu, sept ans avant, une fausse couche suivie de l'expulsion d'une môle hydatiforme au cinquième mois. J'avais cette notion, et, grâce à elle, je pus établir chez cette malade le diagnostic de déciduome ; je pratiquai l'hystérectomie abdominale le 28 novembre 1903, et je trouvai en effet, dans l'utérus, une grosse tumeur présentant les caractères du chorio-épithéliome. Cette malade est restée depuis en très bon état.

Sur une autre malade, j'ai suivi moi-même les deux phases de la maladie. Un jour, un médecin m'envoyait, avec une malade, le produit d'un avortement : c'était une môle. Ceci se passait au mois d'avril 1903. Il n'y avait aucun accident : la malade était remise. Je ne voyais rien à lui faire, et lui conseillai seulement de revenir me trouver si de nouveaux accidents venaient à se produire.

Au mois de juillet, c'est-à-dire à peine quatre mois après la môle, cette malade revint me trouver, un peu pâle, faible, avec quelques pertes blanches. Au toucher, je fus très surpris de trouver une tumeur assez volumineuse, occupant le tiers supé-

rieur de la paroi vaginale gauche; cette tumeur semblait se prolonger dans le ligament large du côté gauche, mais elle était bien localisée dans la paroi vaginale elle-même où elle faisait une saillie importante, translucide, molle. Je fus très surpris de trouver cette tumeur, d'autant que l'utérus ne présentait lui-même aucune augmentation de volume, et je me demandai même si cette néoplasie vaginale n'était pas l'indice de noyaux néoplasiques en d'autres organes. Je n'opérai pas tout de suite la malade; ce n'est qu'en septembre 1903 que je pratiquai l'intervention par la voie haute. Je pensais bien trouver dans l'utérus, bien qu'il ne fût pas augmenté de volume, un déciduome, et, en effet, il y avait une tumeur, du volume d'une noisette, implantée en haut et à gauche sur le fond de l'utérus. J'enlevai toute la partie supérieure du vagin, et cette malade est encore aujourd'hui en très bon état, et les réserves que j'avais faites à son sujet ont été heureusement démenties.

Donc, en ce qui concerne la gravité de ces déciduomes, il y a des degrés à établir; il y a des différences que l'histologie n'explique pas toujours, mais les greffes vaginales ne comportent pas toujours par elles-mêmes un pronostic absolument grave.

Communication.

Appareil à chloroforme.

M. Ricard. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un appareil à chloroforme construit par M. Collin d'après mes indications, et que j'ai utilisé déjà dans près de 200 anesthésies.

Son principe fondamental est le même que celui des appareils à carburation utilisés pour les moteurs à essence. Dans le fond d'un récipient séjourne le chloroforme qui émet des vapeurs. Ces vapeurs sont aspirées par le malade, et suivant la nécessité et, l'indication du moment, elles sont mélangées d'air en proportions rigoureusement croissantes ou décroissantes.

Examinons les différentes parties de l'appareil.

Le *masque* qu'on applique sur la figure du malade est en caoutchouc épais mais souple ; il peut aisément se modeler sur tous les profils, de façon à être bien hermétique, ce qui est indispensable pour le bon fonctionnement de l'appareil.

Il est muni à son extrémité supérieure d'une pièce métallique terminée d'un côté par une soupape : soupape d'expiration ; de l'autre par un orifice : orifice d'aspiration.

Les soupapes sont l'âme de cet appareil, il importe de les avoir sensibles et fidèles. La soupape que M. Collin a si ingénieusement construite est formée d'une demi-sphère creuse en aluminium. Son poids est insignifiant, elle se coulisse dans un tube vertical relié à l'appareil et qui le guide dans son mouvement d'abaissement et d'élévation.

Cette soupape permet la sortie de l'air expiré, elle s'oppose à l'entrée de l'air extérieur dans l'appareil ; par conséquent, elle s'abaisse dès que l'inspiration commence.

L'orifice d'inspiration est relié au récipient à chloroforme par un tube en caoutchouc assez épais pour que ses inflexions le courbent sans l'aplatir.

Ce tube est relié à l'appareil par un cylindre en verre armé dans lequel se trouve la *soupape d'inspiration*, soupape en aluminium, bien modelée sur le tube qui pénètre dans le récipient à chloroforme. Cette soupape doit s'opposer d'une façon absolue à l'expiration, et son défaut d'herméticité, en permettant à l'air expiré de pénétrer dans l'appareil, troublerait absolument les résultats attendus. J'insiste encore en disant que ces soupapes sont l'âme de l'appareil. Le chloroformisateur doit donc, avant chaque anesthésie, vérifier leur bon état et leur parfait fonctionnement.

Cette soupape se soulève à l'aspiration et permet l'arrivée des vapeurs chloroformiques dans les voies respiratoires des malades. Dès que le mouvement d'expiration commence, cette soupape s'abaisse et interrompt toute communication entre le chloroforme et le malade.

En résumé, l'air expiré sort directement du masque, l'inspiration arrive directement à l'appareil à chloroforme.

Ce jeu de soupapes se trouve sur tous les appareils à chloroforme anciens ou modernes. On le trouve sur l'anesthésimètre de Duroy, sur celui de Lüer, sur l'ancien appareil de Charrière ; on le retrouve sur celui de Vernon Harcourt. Son existence me paraît indispensable sur tout appareil destiné à la chloroformisation quand les vapeurs ne sont pas injectées, mais aspirées par le malade lui-même.

L'originalité de l'appareil que je présente est tout entière dans la façon dont se fait le mélange de chloroforme et d'air.

La pièce principale est constituée par un cylindre de verre dans le fond duquel on verse le chloroforme. Sur ce vase est fixé un couvercle métallique où aboutit le tube d'inspiration.

Supposons ce couvercle percé d'un trou central. Au moment de l'inspiration, l'air extérieur entre dans le récipient, se mélange en proportions variables de vapeurs chloroformiques et est aspiré par le malade. Si l'on pouvait faire varier le diamètre de cet

orifice d'entrée de l'air, on ferait évidemment varier les proportions du mélange de chloroforme et d'air. Aussi, à côté de l'orifice central, nous avons groupé sur la périphérie du couvercle quatre orifices du même diamètre, pourvus d'un obturateur mobile.

Si les quatre trous sont obturés et que l'orifice central seul persiste, il y a dans le mélange inspiré les proportions maxima de vapeurs chloroformiques. Cette proportion variera suivant que un, deux, trois ou quatre trous seront obturés.

Avec cette gamme de quatre orifices, on peut faire varier la proportion des vapeurs chloroformiques du simple au quadruple. Mais ce n'est pas suffisant dans certains cas, et l'appareil ainsi construit aurait deux inconvénients. Le premier, c'est que, même tous orifices ouverts, le malade respire toujours une proportion donnée de chloroforme, et ne peut pas respirer d'air pur. Le deuxième inconvénient, plus important, est que, dans certains cas, il est besoin d'augmenter la proportion des vapeurs de chloroforme d'une façon momentanée ou persistante. Pour arriver à ce but, nous avons fait passer par l'orifice central d'aspiration une tige filetée creuse, se terminant par un disque de dimensions légèrement inférieures au diamètre du récipient à chloroforme.

Ce disque, percé d'un orifice central, peut s'abaisser jusqu'au contact du chloroforme. Il est arrêté, dans son ascension, par un cylindre métallique appendu au couvercle. De la sorte, lorsque le disque est remonté à son maximum, il s'appuie sur la base inférieure de ce cylindre et ménage ainsi une chambre dans laquelle aboutissent le tube d'inspiration relié au masque et les quatre orifices situés sur le couvercle.

Ainsi quand ce disque est remonté au maximum, les quatre orifices ouverts, le malade ne respire que de l'air pur. Dès qu'on abaisse ce disque les vapeurs de chloroforme pénètrent dans la chambre supérieure, sorte de *mélangeur* où l'on peut faire varier à volonté les vapeurs de chloroforme de 0 à 3 p. 100.

Voici, d'ailleurs, les résultats fournis par M. Portes, le pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis.

Respiration normale. — 500 centimètres cubes par inspiration et 16 inspirations par minute, soit 8 litres d'air inspiré par minute.

Les premiers dosages ont été faits en faisant passer dans l'appareil un courant d'air continu, l'aspiration étant obtenue à l'aide d'un récipient de Mariotte dont le débit a été réglé à 8 litres par minute.

Les poids de chloroforme inscrits dans le tableau suivant corespondent à 160 litres d'air, chaque opération ayant duré 20 minutes.

Le volume V occupé par un poids p de chloroforme en vapeur, dans

les conditions normales de température et de pression, est donné par la formule :

$$p \text{ gr.} = \text{V litres} \times 4{,}2 - 1{,}293.$$

La densité des vapeurs de chloroforme étant égale à 4,2.

D'où on tire :

$$\text{V} = \frac{p}{4{,}2 \times 1{,}293} = \frac{p}{5{,}43}$$

Le rapport du volume occupé par la vapeur de chloroforme au volume total d'air, aspiré soit 160 litres est égal à $\frac{\text{V}}{160}$, et en rapportant à 100 volumes :

$$\frac{\text{V} \times 100}{160} \text{ ou } \frac{p}{5{,}43 \times 1{,}6} = \frac{p}{8{,}688}$$

Les deuxièmes dosages, d'ailleurs peu différents des premiers, ont été obtenus en se rapprochant de la respiration normale, l'écoulement ayant été réglé à 16 litres par minutes avec interruption pendant deux secondes toutes les deux secondes, ce qui correspond encore à 8 litres par minutes,les chiffres obtenus ont été les suivants : pour une expérience d'une durée de 20 minutes.

Nombre de trous ouverts.	Un tour de spire.	
Quatre trous. . .	5 gr. 50	0,63 p. 100
Trois trous . . .	7 gr. »	0,80 —
Deux trous. . . .	9 gr. »	1,03 —
Un trou	12 gr. 50	1,44 —
Zéro trou	16 gr. 50	1,90 —

Il va de soi qu'en oblitérant la moitié ou les trois quarts d'un orifice on varie à volonté la graduation du mélange.

Les analyses des proportions de chloroforme et d'air ont été faites pendant les jours de grand froid, et le chlorolorme en expérience était à 13 degrés. La tension des vapeurs est un peu plus faible de ce fait et il faut certainement augmenter un peu les chiffres pour une température en général supérieure. Mais ceci ne saurait avoir d'importance, l'appareil permettant de distribuer les vapeurs depuis 0 jusqu'à saturation, l'anesthésiste n'a qu'à oblitérer plus ou moins les orifices de prise d'air suivant que la richesse des vapeurs chloroformiques est plus ou moins grande.

Cette variation est d'ailleurs infiniment moindre que celle que peut donner la variation du rythme respiratoire du malade. Il est des malades qui respirent peu et lentement, d'autres qui respirent vite et fréquemment. C'est là surtout ce qui fait varier la quantité de chloroforme inspiré, bien plus que la tension de ces vapeurs. C'est le rôle de l'anesthésiste de veiller à ce que le malade ait juste ce qu'il faut de chloroforme.

Ceci dit, voici la technique du fonctionnement de l'appareil : le

masque étant hermétiquement appliqué, les soupapes étant vérifiées, le disque remonté au maximum, les quatre orifices ouverts, on fait respirer le malade; puis à l'aide de la vis centrale on fait progressivement, en dévissant d'un tour, descendre le disque d'un millimètre. A ce moment, les quatre trous étant ouverts le malade respire 1/2 p. 100 de vapeur de chloroforme; l'obturateur étant poussé d'un 1/2 trou, d'un trou on passe successivement d'un 1/2 à 3/5 et 1. 1,5 p. 100, puis les 4 trous bouchés à 2 p. 100. Normalement, c'est la dose forte; dès que le malade dort, et cela ne tarde pas, il faut revenir en arrière, et suivant l'intensitité de l'anesthésie ouvrir un, deux ou trois orifices.

S'il est besoin d'une dose plus forte, chez certains alcooliques réfractaires, il suffit de descendre le disque central progressivement, mais toujours revenir en arrière dès que l'anesthésie est obtenue. Chez les enfants notamment, il faut rapidement revenir aux doses minima d'entretien.

L'appareil bien manœuvré dépense peu. Il nous est arrivé de faire des opérations rapides avec 6 à 7 centimètres cubes de chloroforme. Nous avons pu faire, de suite, trois hystérectomies abdominales totales avec 40 centimètres cubes en deux heures.

La dépense de chloroforme est donc très réduite.

L'anesthésie est rapide, aussi rapide que l'on veut, mais elle se fait sans secousses, sans excitation. Si l'on ne pousse pas trop vite la richesse du mélange chloroformique, il arrive souvent que le réflexe cornéen disparaît sans qu'aucun mouvement du malade décèle le passage à l'état d'anesthésie.

Il est facile de maintenir le malade à une anesthésie légère, la *slighte anesthesy* des Anglais, avec conservation des réflexes, suffisante pour presque toutes les opérations.

La régularité de l'anesthésie est remarquable. Le malade ne pousse pas, ne tousse pas, ne vomit pas. C'est pour le chirurgien une grande tranquillité.

Le réveil est rapide et, en général, mais non absolument toujours, exempt de vomissements.

Le maniement de l'appareil est simple. Il suffit de surveiller les soupapes et surtout la soupape d'inspiration pour savoir comment va le malade.

Quand il a constaté le soulèvement régulier de la soupape, l'anesthésiste n'a qu'à ouvrir ou fermer les trous de l'appareil suivant l'indication.

Il serait puéril de dire que l'anesthésie par notre appareil ne présentera pas de dangers. Quel que soit le mode d'administration du chloroforme, il y aura toujours d'un côté un toxique, le chloroforme, et de l'autre un intoxiqué, le malade. Je suis per-

suadé que ces dangers seront considérablement diminués. Je n'ai environ que 200 cas d'anesthésie avec l'appareil, c'est insuffisant certainement pour formuler une opinion définitive. Mais ces 200 cas ne m'ont jamais donné ni inquiétude ni alerte, et le calme et la régularité de l'anesthésie sont véritablement remarquables.

La mise en marche, le fonctionnement et la surveillance de l'appareil sont d'une extrême simplicité; toutefois, il n'a pas la prétention de distribuer automatiquement l'anesthésie, il faut à côté de lui une personne intelligente et attentive.

M. Paul Reynier. — Messieurs, la communication de M. Ricard vient de m'intéresser tout particulièrement. Depuis en effet plus d'un an je m'occupe de cette question du pourcentage du chloroforme dans l'anesthésie; et depuis quinze jours je suis inscrit à l'Académie de médecine pour lire un travail sur cette question, et présenter un appareil que sur mon instigation et sur mes conseils a construit un de mes élèves, M. Dupont, avec le concours de MM. Chabaud et Thurmeyssen; je vous demanderai la permission de vous l'apporter à la séance prochaine, et je vous le ferai comparer avec celui de M. Ricard.

Ayant en effet assisté aux expériences de Paul Bert, et connaissant ses travaux sur le danger des doses élevées dans la chloroformisation, et la nécessité d'avoir un mélange titré de chloroforme et d'air, il y a longtemps que je m'élevais contre la compresse, qui est un procédé antiphysiologique. Il est impossible en effet avec elle de se rendre un compte exact de ce qu'on donne de chloroforme, et on fait respirer au malade empiriquement, au hasard du chloroformisateur, un mélange d'air et de chloroforme, plus ou moins saturé.

C'est dans ces conditions que j'ai fait construire cet appareil dont le brevet a été pris au mois de juillet dernier, dont l'essai se fait dans mon service depuis ce temps, et que M. Moty a vu fonctionner sur une malade qu'il a opérée.

Or, si je me voyais seul en France soucieux de ce que nous avait appris Paul Bert, en Allemagne et en Angleterre surtout je constatais ainsi que M. Ricard à notre voyage à Londres que cette question du pourcentage du chloroforme pour l'anesthésie était à l'étude, et avait donné lieu à de nombreux travaux, qui confirmaient en tout point les expériences de Paul Bert.

A Londres on se sert de l'appareil de Dubois, qui avantageusement avait remplacé le gazomètre volumineux de Paul Bert, et dans le même ordre d'idées de celui plus portatif qu'ont construit MM. Vernon et Harcourt et que nous avons vu fonctionner.

Cependant, d'après un travail que j'ai entre les mains, le professeur de physiologie M. Waller, avec qui j'ai d'ailleurs causé de cette question, celui-ci donnerait la préférence à l'appareil de Dubois, qui lui semble fournir des résultats plus régulièrement exacts.

On peut en effet reprocher à l'appareil de Vernon-Harcourt, comme à celui que vient de nous présenter M. Ricard, le jeu des soupapes. Quelque parfaites qu'elles puissent être (dans l'appareil de Vernon-Harcourt ces soupapes sont remarquablement construites), ces soupapes peuvent se déranger, à un moment mal fonctionner et être la cause d'un pourcentage plus élevé. Mais on peut de plus leur reprocher de gêner un peu l'expiration, dont la force, ainsi que l'ont montré les expériences de Richet et Langlois, est dans la chloroformisation très diminuée. C'est d'ailleurs ce que prévoyait Paul Bert, qui donnait comme idéal d'un appareil pour chloroforme un appareil sans soupape. C'est en effet ce à quoi nous sommes arrivés.

Ceci dit, comme M. Ricard, j'ai constaté avec tous ces appareils qui donnent plus ou moins exactement le pourcentage, ainsi que l'a également constaté M. Montprofit, avec l'appareil d'Harcourt, et M. Kirmisson avec celui de Roth et de Guglielminetti, que la chloroformisation s'effectuait plus facilement, sans qu'il y eût cette appréhension, et cette défense du malade contre les premières bouffées de chloroforme. Sans que cela fasse disparaître d'une façon absolue les vomissements pendant la chloroformisation ou après, ce mode d'anesthésie les rend très rares, et bien des malades n'en ont pas. Enfin le réveil se fait plus facilement, et le shock chloroformique n'existe pour ainsi dire plus, ce qui se comprend si on tient compte qu'avec ces appareils les malades prennent beaucoup moins de chloroforme qu'avec le procédé de la compresse, surtout si le chloroformisateur a la main un peu lourde.

D'ailleurs M. Ricard vient de vous dire le peu de chloroforme qu'il use pour une anesthésie, et c'est en effet ce que j'ai constaté avec mon appareil, comme avec celui de Vernon-Harcourt.

Mais où je ne suis pas du même avis que M. Ricard, c'est lorsqu'il a l'air de considérer la température comme négligeable. Or, c'est dans cette régularité de la température du chloroforme pendant toute la durée de la chloroformisation que résident toutes les difficultés d'établir un bon appareil.

Paul Bert et Dubois l'avaient bien compris, et dans l'appareil de Dubois, au moyen d'un dispositif spécial, on arriva à avoir cette température uniforme. Cette question de la température est également prévue dans l'appareil de Vernon-Harcourt. En effet

sous l'influence de l'évaporation du chloroforme par le courant d'air qui l'entraîne, le chloroforme se refroidit. Or, le pourcentage varie dans des proportions considérables, avec quelques degrés de plus ou de moins dans la température du chloroforme.

De même je ne partage par sa manière de voir, quand il conseille de faire respirer du chloroforme presque pur, pour obtenir l'anesthésie plus rapidement. Le grand avantage de ces appareils est en effet de mettre le chloroformisateur dans l'impossibilité d'atteindre des mélanges d'air et de chloroforme trop élevés. Comme l'a montré Paul Bert ces variations dans le titre des mélanges constituent le danger dans les procédés ordinaires de l'anesthésie. On doit en effet savoir que le sang se charge de chloroforme, en raison de sa tension dans l'air inspiré. Avec un mélange déterminé l'organisme absorbe du chloroforme jusqu'à ce que la tension de la vapeur dans le sang soit égale à celle dans l'air. Si on augmente le titre du mélange une nouvelle quantité pénètre dans le sang, jusqu'à la saturation nouvelle correspondant à ce titre. Puis cet état s'entretient fixe et il faut un certain temps pour que le sang s'en débarrasse. Il est donc dangereux à n'importe quel moment d'élever le titre des mélanges d'air et de chloroforme, et on doit s'en tenir aux titres faibles que donnent les appareils construits pour obtenir ce pourcentage. On arrive d'ailleurs toujours à obtenir l'anesthésie avec des doses de 10 à 12 p. 100, ainsi que depuis plusieurs mois je l'ai constaté, doses d'ailleurs fixées par Paul Bert. J'aurai l'occasion de développer plus ces faits dans une communication ultérieure.

M. Jalaguier. — Grâce à la complaisance de M. Ricard et de son interne M. Henry Petit mon ancien interne, j'ai pu essayer l'appareil de M. Ricard sur un malade de mon service âgé de dix-neuf ans, sur lequel j'avais à pratiquer une double ostéotomie pour genu valgum. Le malade s'endormit en onze minutes; il n'eut ni agitation ni vomissements, à peine une ou deux nausées au début de l'anesthésie. Pendant toute l'opération qui a duré quarante-trois minutes, il a dormi paisiblement et n'a absorbé que 17 centimètres cubes de chloroforme. Le réveil a été rapide et le malade n'a pas vomi; il a accusé seulement une légère céphalalgie dans la journée.

Quant au jeu des soupapes, il est possible que, théoriquement, il soit défectueux comme le dit M. Reynier; mais je puis assurer que, pratiquement, il est très avantageux; grâce à lui, l'opérateur entend et peut voir respirer son malade. Je considère que l'appareil de M. Ricard est pratique, simple, très facile à manier,

et je me propose de l'utiliser à l'avenir pour toutes mes anesthésies chloroformiques.

M. Broca demande à M. Ricard s'il pense qu'avec son appareil on peut sans danger abrutir les enfants d'un coup, comme cela est malheureusement nécessaire chez eux, en raison de leur indocilité qui empêche d'agir par doses progressives.

M. Ricard. — Je répondrai à M. Broca que je n'ai nulle expérience de la façon dont se comporte mon appareil chez les tout jeunes enfants. Mais comme il permet de donner à volonté des doses minimes ou massives, il n'y a aucune raison pour qu'il ne convienne pas aux tout jeunes enfants.

M. Quénu. — Je demande à ceux d'entre nous qui ont employé des appareils spéciaux d'apporter ici leurs résultats, ce que je ferai moi-même dans la prochaine séance. Il est indispensable d'établir un parallèle entre les différents moyens d'anesthésie employés. Je ne ferai pour le moment que deux remarques : c'est que les malades m'ont paru se réveiller plus lentement qu'avec la compresse. Je crois aussi qu'avec l'appareil de Roth dont je me sers, la quantité de chloroforme employée est moindre qu'avec celui de M. Ricard.

M. Pierre Delbet. — J'ai continué à me servir de l'appareil Roth Drœger, dont je vous ai déjà entretenu deux fois. J'en suis toujours pleinement satisfait, mais n'ayant point fait de nouvelles remarques depuis ma dernière communication, je n'y ajouterai rien.

Je veux seulement dire que j'ai une impression absolument inverse à celle de M. Quénu. Il me semble que les malades se réveillent beaucoup plus facilement et rapidement.

M. J. Lucas-Championnière. — N'ayant pas été présent à la communication de M. Ricard, je me réserve de prendre une part plus longue à la discussion. Mais je demande à appuyer immédiatement ce que vient de dire M. Delbet. Oui, le réveil après l'emploi de l'appareil de Roth m'a toujours paru plus facile et plus rapide que pour les sujets endormis sans le secours de l'oxygène. Je n'en ai point été surpris, du reste parce que dans des expériences bien anciennes j'avais donné le chloroforme simultanément avec l'oxygène à bien des sujets et j'avais obtenu des résultats absolument analogues. Mais l'oxygène avec la compresse, ce n'était pas commode.

L'appareil actuel me paraît fonctionner, au contraire, dans des conditions très satisfaisantes et telles que la chloroformisation est plutôt plus facile qu'avec la compresse. J'y reviendrai au cours de la discussion qui va s'ouvrir.

M. PAUL REYNIER. — Je voudrais faire remarquer pour ceux qui peuvent être surpris de m'entendre parler de mélanges d'air et de chloroforme à 8 et 10 p. 100, tandis que M. Ricard adoptant les chiffres des titres anglais parle de 2 p. 100, que ceci tient à une manière différente de titrer. En disant avec Paul Bert et Dubois 8 p. 100, je veux dire que je donne un mélange contenant les vapeurs fournies par 8 grammes de chloroforme dans 100 litres d'air, tandis que les 2 p. 100 anglais se rapportent aux proportions seules de vapeur dans l'air. Or, 8 grammes de chloroforme donnent 2 p. 100 de vapeur dans 100 litres d'air, donc les 2 p. 100 de M. Ricard correspondent à peu près à mes 8 p. 100.

Présentations de malades.

Prolapsus du rectum traité successivement par la colopexie, la rectoligamentopexie et l'excision combinée avec la périnéorraphie. — Guérison.

M. LE DENTU. — Homme de trente-huit ans, employé de commerce. A pris la dysenterie à Buenos-Ayres en 1892. A ce moment débute le prolapsus. A chaque défécation 2 ou 3 centimètres de l'intestin faisaient issue au dehors, puis se réduisaient spontanément.

De 1892 à 1894, pendant plusieurs mois, diarrhée incoercible et issue fréquente du rectum au dehors. Le prolapsus est encore peu accentué et réductible.

De 1894 à 1896, l'irréductibilité se manifeste. L'assistance du médecin devient nécessaire pour la réduction. En 1896, le malade soigné dans le service de M. Ferrand, refuse toute intervention.

De 1896 à 1904 état à peu près stationnaire; retour périodique de la diarrhée chaque année pendant plusieurs mois.

En mars 1904, le prolapsus s'exagère notablement et malgré tous les artifices l'irréductibilité est presque absolue. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry.

La portion extériorisée du rectum a au moins 10 centimètres de longueur. Diarrhée incoercible, 30 à 40 selles par jour, tout à fait liquides, mélangées parfois d'un peu de sang; d'autres fois

c'est du sang pur qui s'écoule. Une médication appropriée et variée n'en a pas raison.

Mon intention est de faire à ce malade successivement la *colopexie* et la *rectoligamentopexie*. Il me paraît opportun de commencer par la colopexie. Je pratique celle-ci *en avril* 1904 avec un soin particulier.

L'incision de la paroi abdominale en regard de la fosse iliaque gauche ayant été faite comme d'habitude, mais autant que possible en éraillant les muscles plutôt qu'en les coupant, *je tire sur le bout inférieur du côlon iliaque jusqu'à ce que je sente une résistance insurmontable.* Je laisse alors rentrer ce bout inférieur de 2 centimètres environ pour qu'il ne soit pas soumis à une forte tension. Je fixe alors l'intestin au péritoine pariétal de la manière que voici :

Suivant une ligne représentant dans son ensemble une ellipse, je place parallèlement à l'axe longitudinal de l'intestin une série de fils de soie séparés, d'abord dans la paroi intestinale, puis de dedans en dehors dans le feuillet pariétal du péritoine. Ceux qui correspondent au milieu de la plaie sont distants de l'incision péritonéale d'un centimètre et demi au moins.

Je réunis ensuite la plaie péritonéale par une autre série de fils de soie qui cheminent dans la paroi intestinale. Le côlon se trouve donc accolé au péritoine pariétal par une série de fils disposés en ellipse et par une suture longitudinale.

Suites simples, guérison rapide; mais le prolapsus se reproduit dans une certaine mesure.

Le 26 *mai* 1904, conformément à mon plan, je pratique l'opération de Gérard-Marchant. — Résection du coccyx, plissement vertical et longitudinal du rectum, suspension de ce dernier aux ligaments sacro-sciatiques avec de très gros fils de catgut.

Résultat local satisfaisant, mais après deux ou trois semaines le prolapsus se reproduit en partie, et la diarrhée recommence de plus belle.

De juin à octobre applications de raies de feu sur le prolapsus tous les quatre ou cinq jours. Résultat à peu près nul, persistance de la diarrhée.

Le 11 *novembre* 1904, après avoir constipé le malade, je fais l'incision du prolapsus par le procédé de Mikulicz ; je complète l'opération, par une petite périnéorraphie postérieure, après décollement de l'anus et des sphincters. La diarrhée reparaît quand même après quatre jours, mais le prolapsus semble définitivement guéri. Depuis le 1er janvier 1905, la diarrhée n'est plus qu'intermittente. Le diascordium et le bismuth inefficaces antérieurement, l'arrêtent maintenant. L'appétit est revenu.

Aujourd'hui, plus de deux mois après la troisième opération, la guérison se maintient et paraît solide. Il est probable que l'excision seule ne l'aurait pas procurée, si elle n'avait pas été précédée par la colopexie et la rectopexie.

M. Picqué. — Je demande à M. Le Dentu, la permission de lui rapporter un cas récent de ma pratique. Les prolapsus sont très fréquents chez les aliénés et j'ai eu l'occasion d'en opérer un certain nombre de cas.

Il y a trois ans, j'ai opéré une de mes malades par le procédé de G. Marchant et notre regretté collègue avait eu l'amabilité de me donner ses conseils à ce sujet. Au bout de trois mois la récidive m'obligea à intervenir de nouveau et je pratiquai chez cette malade la résection du prolapsus par le procédé de Mikulicz. La guérison s'est maintenue pendant deux ans et demi, il y a quinze jours, le prolapsus s'est reproduit : c'est alors que je priai notre jeune collègue Lenormand, qui, comme élève de G. Marchant a acquis dans cette opération une réelle expérience à venir pratiquer chez ma malade une nouvelle intervention. Il fit une nouvelle rectopexie et une myorrhaphie des releveurs.

Je ne cite cette observation que pour montrer que les récidives peuvent survenir très tardivement et qu'il est impossible avant plusieurs années de se prononcer sur le résultat définitif de l'intervention.

Aiguille sous le nerf sciatique.

M. Routier. — Grâce à la localisation précise faite par M. Contremoulin, j'ai pu le 8 décembre dernier enlever cette aiguille que je vous présente et qui était située entre l'épine sciatique et le nerf sciatique.

On avait essayé déjà avec une simple radiographie d'enlever cette aiguille, mais on n'y était pas arrivé, ce qui est facile à comprendre vu le siège qu'elle occupait.

C'est une aiguille à seringue de Pravaz qui avait été cassée dans la fesse en faisant une injection de cacodylate de soude.

Voici la malade complètement guérie qui a présenté pendant huit à dix jours des phénomènes douloureux dans l'étendue de son nerf sciatique ; tout est fini maintenant.

Présentations de pièce.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Potherat. — Dans la dernière séance, je vous ai présenté un utérus fibromateux enlevé par hystérectomie abdominale subtotale avec ses annexes. Je vous ai montré, à droite de cet utérus, un kyste dermoïde développé à côté de l'ovaire, mais indépendant de celui-ci.

Par un curieux effet du hasard, j'ai opéré, il y a trois jours, sans accident jusqu'ici, dans mon service de Broussais, une femme de quarante-cinq ans, mère de plusieurs enfants, garçons et filles, d'un utérus fibromateux également volumineux et par hystérectomie abdominale. Or, sur cette pièce que je vous présente maintenant, vous pouvez voir qu'il existe au niveau des annexes du côté droit, une tumeur du volume d'une petite orange, et dont le contenu formé de matière sébacée et de poils adhérents ou libres atteste la nature dermoïde.

Ce kyste semblait bien faire partie intégrante de l'ovaire; or, en incisant avec précaution à sa surface, on traverse une première membrane, sorte de tunique adventice, mais développée aux dépens de l'enveloppe de l'ovaire, puis on tombe dans un plan celluleux très net, lâche, qui sépare cette membrane adventice de la tunique propre du kyste dermoïde, et qui forme un plan de clivage grâce auquel le kyste lui-même peut être *très aisément*, sans aucun effort, séparé et de la membrane adventice elle-même, et du parenchyme ovarien. Celui-ci est refoulé, mais il ne prend nulle part à la constitution du kyste lui-même. Cela se décortique comme on le fait d'un kyste sébacé du cuir chevelu. Ce fait est donc une nouvelle démonstration très probante de cette disposition anatomique sur laquelle j'ai souvent insisté ici, à savoir que :

1° Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont totalement distincts du parenchyme ovarien;

2° Macroscopiquement, ils n'altèrent pas le parenchyme, et physiologiquement celui-ci peut continuer ses fonctions d'ovulation et permettre la conception ;

3° Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont facilement et totalement énucléables, et conséquemment ils doivent, dans la très

grande majorité des cas, et surtout si la femme est jeune, être énucléés, sans ablation de l'ovaire lui-même.

Je crois que les faits sont maintenant assez nombreux et assez nets, pour qu'il n'y ait plus matière à discussion sur ces divers points.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. WALTHER dépose sur le bureau, de la part de M. ASLAN (d'Hennebont), un travail intitulé : *Double fracture du bassin. Rupture de l'urètre postérieur. Déchirure de la vessie. Décollement traumatique de la muqueuse vésicale.*

— Le travail de M. Aslan est renvoyé à une Commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

M. LEGUEU dépose un travail de M. BARNSBY (de Tours), intitulé : *Deux observations de corps étrangers de la vessie chez des jeunes filles.*

— Le travail de M. Barnsby est envoyé à une Commission dont M. Legueu est nommé rapporteur.

ALLOCUTION DE M. SCHWARTZ, PRÉSIDENT POUR 1905

Messieurs et chers collègues,

Ma première parole, en prenant possession du fauteuil de président, sera une parole de gratitude et de reconnaissance envers vous tous qui par vos suffrages m'avez appelé à diriger vos travaux.

Je suis profondément ému et fier de l'honneur que vous m'avez fait tout en me disant que votre grande courtoisie a bien voulu tenir compte de mon ancienneté parmi vous... Merci, mes chers collègues, pour cette marque d'estime et de sympathie.

Mais à côté des sentiments que je viens de vous exprimer, j'en éprouve d'un tout autre ordre, car j'ai conscience des grands devoirs qui m'incombent pour la direction de vos travaux et discussions.

J'espère par mon assiduité, par mon exactitude, par ma bonne volonté, avec votre aide et votre bienveillance, arriver à bout de la tâche que vous me confiez ; je n'aurai d'ailleurs qu'à suivre pour cela les traces de mes prédécesseurs.

Comme eux, mes chers collègues, je ferai tout ce qui sera en mon pouvoir pour que domine toujours dans cette enceinte la belle devise de nos fondateurs : vérité dans la science et moralité dans l'art.

Avant de terminer, permettez-moi d'exprimer un vœu ; veuillez le considérer comme l'expression de mon profond attachement aux intérêts de la Société. Plusieurs déjà de vos présidents vous l'ont présenté. Actuellement, avec notre belle installation, je le formule plus énergiquement encore et je vous prie de n'en pas vouloir à votre président s'il vous demande d'éviter autant que possible les conversations qui peuvent couvrir la voix de l'orateur qui est à la tribune et nuire par cela même à la direction de vos travaux. Je crois aussi, notre local nous permettant ces aises, qu'il serait bon que les malades présentés fussent examinés dans la salle d'attente et non dans notre salle de réunion.

Je suis persuadé que vous comprendrez comme moi, mes chers collègues, l'importance de ces desiderata et que vous ne m'en voudrez pas de vous les avoir signalés pour les éviter dans la mesure possible.

Il me reste maintenant un devoir bien doux à remplir, c'est de remercier en votre nom le bureau sortant, notre président Peyrot, notre secrétaire général Segond qui ne nous quitte que pour devenir vice-président, notre secrétaire annuel Tuffier et notre trésorier Walther.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le déciduome malin.

M. Ch. Monod. — Je désire verser dans le débat ouvert sur le déciduome malin une observation personnelle déjà ancienne, qui a fait l'objet d'un travail publié en collaboration avec mon interne M. Chabry dans la *Revue de gynécologie* en 1897 (1).

Cette observation me semble intéressante à la fois au point de vue clinique et au point de vue anatomique.

Cliniquement, il s'agissait d'une femme de vingt-sept ans, entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, pour des métrorragies, dont on ne sut découvrir la cause. Ce ne fut qu'à la suite de l'examen microscopique fait par le Dr Macaigne des débris fournis par un curettage, et ayant démontré l'existence dans ces débris de cellules déciduales, que le diagnostic put être porté. Il s'agissait du reste d'un diagnostic précoce, car sur une coupe faite sur l'utérus enlevé par hystérectomie vaginale, aucune lésion n'était appréciable à l'œil nu, comme vous pouvez le voir sur la figure annexée à notre travail et que je fais passer sous vos yeux.

Anatomiquement, M. Macaigne reconnut que le muscle utérin était infiltré de cellules ayant tous les caractères de la cellule déciduale, sans que nulle part on ne trouvât d'aspect rappelant le bourgeonnement, les ramifications, les pointes d'accroissement de villosités choriales.

L'examen des zones d'envahissement montra que le développement du néoplasme résultait de la migration de cellules spéciales, formant des îlots monocellulaires qui, s'accroissant par multiplication sur place, arrivaient à constituer des nappes étendues; ces éléments caractéristiques, ainsi examinés à l'état jeune, avant toute dégénérescence, revêtaient tous le même type; ils avaient la forme, l'aspect et les dimensions de la cellule déciduale.

Cette tumeur diffère donc un peu de celles dans lesquelles le tissu néoplasique rappelle par sa disposition celles des villosités choriales, elle n'en doit pas moins être rangée dans le groupe des déciduomes, en raison de la présence des cellules caractéristiques.

Nous attirions du reste, dans notre travail, surtout l'attention sur la possibilité et les avantages du diagnostic précoce du déci-

(1) Monod (Ch.) et Chabry (L.). Note sur un cas de déciduome malin, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, n° 1. p. 47.

duome malin, permettant, par une intervention opportune, de compter sur une guérison durable.

Je renvoie, ne voulant pas abuser de vos moments, à notre mémoire, pour les éléments de ce diagnostic.

Chloroformisation.

M. Quénu. — J'emploie l'appareil de Roth-Drager pour l'anesthésie générale, depuis la fin d'octobre dernier. A cette date M. Guglielminetti voulut bien mettre à ma disposition un de ces appareils muni du détendeur d'oxygène qu'il a inventé. Malgré une première apparence de complexité, cet appareil m'a d'emblée séduit et je n'ai plus, soit en ville, soit dans mon service de femmes, usé d'autre moyen d'administrer le chloroforme.

Les observations, au nombre d'une centaine, n'ont pas été prises dans tous les cas, elles l'ont été chaque fois que mon chloroformiste de ville. M. Landel, a été à l'hôpital chargé de la chloroformisation. Les observations fort complètes qu'il nous a communiquées ont été recueillies dans 50 cas. M. Landel, a dressé une sorte de tableau facilitant la prise de ces observations d'une manière méthodique ; je mets ce tableau sous vos yeux.

Un premier fait intéressant à noter, c'est la facilité avec laquelle les élèves apprennent à donner l'anesthésique avec l'appareil de Roth.

Il a suffi à mes externes de une ou deux séances pour se mettre au courant; or, je dois avouer qu'il n'en était pas de même avec la compresse, et que c'était précisément la difficulté de dresser à chaque changement de service, de bons chloroformistes qui m'avait rangé parmi les défenseurs d'une réforme réclamée par un certain nombre de nos collègues. L'élève chargé de l'anesthésique m'a paru s'intéresser à sa fonction, il sent qu'il sait ce qu'il fait et qu'il est maître de régler mathématiquement sa dose de chloroforme au gré des besoins de l'opération.

Avec la compresse, il en était tout autrement, et la valeur, la personnalité de l'anesthésiant avaient une importance plus grande. Il fallait de l'habitude pour endormir, il fallait un véritable doigté pour maintenir une anesthésie parfaite avec un minimum d'absorption chloroformique.

Cependant un perfectionnement réel dans l'administration du chloroforme par la compresse, avait été apporté par M. Labbé, puis par M. Terrier, au moment ou M. Baudouin, était son interne, et où moi-même j'étais son assistant : ce perfectionnement consis-

Malade ....

Lieu et date de l'opération ....

Nature de l'opération. ....

N° ....

Constitution du malade ....

Lésions organiques ....

Anesthésie préopératoire.

- *Débit moyen d'oxygène* ....
- *Débit moyen de chloroforme* ....
- *Temps écoulé jusqu'à la résolution complète* ....
- *Quantité de chloroforme employée* ....
- *Période d'excitation* ....
- *Vomissements* ....
- *Incidents particuliers* ....

Anesthésie pendant l'opération.

- *Débit moyen d'oxygène* ....
- *Débit moyen de chloroforme*
  - *au début* ....
  - *à la fin* ....
- *Durée totale de l'anesthésie* ....
- *Quantité totale de chloroforme* ....
- *Quantité totale d'oxygène* ....
- *État du malade*
  - *Régularité du sommeil* ....
  - *Contraction du diaphragme* ....
  - *Spasme de la glotte* ....
  - *Vomissements* ....
  - *Coloration du teint* ....
  - *Incidents particuliers* ....

Anesthésie postopératoire.

- *Temps écoulé jusqu'au réveil* ....
- *Vomissements* ....
- *Incidents particuliers* ....

Remarques ....

tait à recouvrir hermétiquement le visage avec la compresse qui se transformait ainsi en une sorte de masque, et à ne verser que une goutte ou deux, ou trois à la fois, mais en renouvelant souvent la manœuvre. Ainsi le malade ne respirait qu'une petite quantité de chloroforme à la fois, il était obligé de l'absorber plus complètement qu'avec l'ancienne manière, et d'autre part l'absorption d'air était assurée par le retournement fréquent et comme rythmé de la compresse.

Cette méthode d'administration réduisit déjà de beaucoup la dépense de chloroforme, je n'ose pas dire la dose d'absorption, elle établit surtout une sorte de régularité dans l'absorption de l'anesthésique et permit de se rapprocher de cette constante qui est notre grand desideratum a nous opérateurs.

L'inconvénient véritable était cette nécessité du versement et du retournement incessants de la compresse, temps perdu pour l'absorption de l'anesthésique pendant le versement et le retournement; temps perdu pour la franche absorption d'oxygène pendant l'application étroite de la compresse. L'avantage des appareils à masque, anglais aussi bien qu'allemand, dont le principe est l'entraînement, l'évaporation de l'éther ou du chloroforme par le courant d'air, est donc déjà de mélanger d'une manière incessante de l'air et des vapeurs anesthésiantes.

Le progrès réel est de savoir mieux ce qu'on fait et ce qu'on fait absorber; on ne le sait d'ailleurs que d'une façon relative même avec l'appareil de Roth. En effet avec cet appareil et avec les similaires le malade aspire du chloroforme mélangé à de l'oxygène et d'autre part de l'air arrivant par un trou latéral pratiqué dans le masque, tout cela pendant l'inspiration. Mais pendant l'expiration, que se passe-t-il? Le malade rejette à travers la soupape et le trou latéral non seulement le mélange de vapeurs absorbées, mais une certaine quantité du mélange qui a rempli le masque et qui n'a pas été absorbée.

Bien plus, dans certains cas, quand le malade ne respire pas fortement, le sac réservoir se remplit au maximum et le mélange en excès de tension s'échappe d'une façon continue à travers le trou latéral du masque.

Donc en résumé, la dépense totale du chloroforme n'indique pas d'une manière absolue la quantité absorbée, celle-ci est toujours moindre. Il n'en est pas moins vrai que grâce au dispositif que vous connaissez tous, nous apprécions d'une façon plus rigoureuse qu'avec la compresse la quantité relative d'anesthésique utilisée.

L'avantage essentiel de la méthode n'est d'ailleurs pas tout à fait là, il est dans la possibilité d'atteindre progressivement et

d'une manière, cette fois très rigoureuse, la période de tolérance, de s'y maintenir à deux gouttes près par minute, d'éviter ainsi les à-coups alternatifs de réveil et de sommeil comateux.

La régularité dans l'anesthésie, je ne saurais trop le répéter, est le résultat le plus important que j'ai observé, et pendant aucune de mes laparotomies, sauf un cas de spasme glottique, je n'ai été obligé d'interrompre mon opération, parce que la malade poussait ou présentait des velléités de vomissements, ceci avec des aides nouveaux et non rompus à la chloroformisation.

J'ouvre une parenthèse pour dire que loin de ma pensée est l'idée que n'importe quel appareil perfectionné doive éloigner l'homme sûr, chargé de l'anesthésie générale, de toute préoccupation et d'une observation attentive et constante. J'ai le droit seulement de dire que sa tâche est rendue plus facile, et qu'une fois le masque fixé par la cordelette en caoutchouc il a les mains libres, et l'action plus aisée.

En fait, un résultat est déjà incontestable, c'est que la pince à langue devient inutile dans la presque totalité des cas ; que l'on en ait une toujours en cas d'alerte grave, cela est nécessaire, mais en pratique, sauf dans un cas, nous avons cessé de nous en servir, et ce n'est pas un mince avantage. Je passe également sur la disparition des accidents de brûlure et de conjonctivite occasionnés par la compresse, et j'arrive, après ces généralités, à l'analyse des 50 observations que j'ai annoncées (1).

Tout d'abord, examinons la période d'anesthésie préopératoire, elle a été en moyenne de 9 minutes 54, soit 10 minutes en chiffres ronds.

Le minimum a été de 6 minutes, le maximum de 15, et cela une seule fois.

Le chiffre de 11 à 12 minutes est assez souvent atteint chez les hommes; le chiffre de 8 à 9 minutes est habituel chez les femmes.

Je dois ici mentionner que tous mes malades adultes reçoivent de trois quarts d'heure à une heure avant l'opération une injection sous-cutanée de morphine de 1 centigramme.

(1) *Dosage du chloroforme* :

Dans la plupart des cas, pour obtenir l'anesthésie, nous avons employé progressivement les doses suivantes par minute :

15 gouttes, 30 gouttes, 40 gouttes, parfois 50 gouttes; en ramenant le plus souvent à 30 gouttes, une fois la résolution complète obtenue.

Pendant l'opération : 1° De 30 à 40 gouttes au début, dans les laparotomies, ou au cours de l'opération au moment des temps opératoires donnant facilement lieu à des réflexes.

2° 20, 15, 10 gouttes au cours de l'opération, ou pour les opérations non abdominales.

3° 5 à 10 gouttes à la fin de l'opération, souvent pendant vingt minutes.

La quantité de chloroforme dépensée dans cette période préopératoire a été en moyenne de 5 gr. 92.

Au point de vue de l'excitation, nous notons : une excitation nulle ou très légère dans 16 cas; une excitation moyenne, courte et peu accentuée dans 21 cas, et dans 13 une excitation accentuée. Il nous est difficile d'apprécier l'influence du sexe, avec un nombre de cas aussi limité et inégalement réparti : 13 hommes, 37 femmes.

La durée des opérations a varié de 7 minutes (curettage) à 1 h. 42 (résection de l'intestin pour cancer), ce qui faisait 1 h. 50 d'anesthésie.

La quantité totale de chloroforme dépensée a varié de 7 grammes à 30 grammes, mais ceci a peu d'intérêt; ce qui en a plus, c'est la proportion par rapport au temps. Nous obtenons une moyenne de 3 gr. 06 par dix minutes, soit 18 gr. 36 par heure; ce chiffre est encore trop élevé, car au fur et à mesure que nous avons appris à nous servir de l'appareil, nous avons réduit la quantité d'anesthésique, c'est ainsi que chez les 10 dernières malades, opérées à l'hôpital, la moyenne par 10 mintues est tombée de 3 gr. 06 à 2 gr. 63, soit 15 gr. 78 par heure. Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux que nous a cités M. Ricard. En outre, si on compare la proportion de chloroforme nécessaire pour obtenir l'anesthésie à celle qui est suffisante pour l'entretenir, à ce qu'on pourrait appeler la *ration d'entretien*, on voit que la première est de beaucoup supérieure à la seconde; elle est en moyenne de 5 gr. 92 par dix minutes, au lieu de 2 gr. 60 par 10 minutes, qui est la ration d'entretien moyenne. Il en résulte que si on veut apprécier les proportions exactes d'anesthésique employé, il faut tenir grand compte de la durée de l'opération, une opération longue donnant lieu à une dépense proportionnelle moindre.

Au point de vue de la qualité du sommeil pendant l'opération, 42 fois le sommeil anesthésique a été parfait, sans aucun incident, 3 fois il y a eu des vomissements et 2 fois un peu de spasme transitoire de la glotte, 1 fois du spasme avec cyanose nécessitant la prise de la langue. Les vomissements sont survenus une fois au cours d'une opération pour appendicite à froid, une fois dans une opération pour une hernie étranglée avec vomissements fécaloïdes, une fois dans une hystérectomie pour fibrome.

Suites post-opératoires, suites immédiates. Le temps écoulé entre la cessation de l'administration du chloroforme et le réveil (je prends pour signe de réveil, le retour de la conscience qui se traduit par exemple par le relèvement ou une tentative de relèvement des paupières sur injonction du chirurgien) a été en moyenne de 16 min. 28, temps qui, proportionnellement au chloroforme dépensé, m'avait paru plus long qu'avec les mé-

thodes anciennes, et c'est ce qui m'avait poussé à émettre cette observation à la dernière séance.

Le plus court espace de temps a été de une minute, après, il faut bien le dire une anesthésie de 20 minutes. Je trouve encore les chiffres de une minute, après une anesthésie de 45 minutes, de 5 minutes après une anesthésie de 1 h. 30. En revanche, je relève les chiffres de 15 après une anesthésie de 28 minutes ; de 25 après une anesthésie de 35 min.; de 50 et de 1 h. 50 : il n'y a donc pas un rapport absolu entre le temps de réveil et le temps d'anesthésie.

Au point de vue des vomissements qui suivent le réveil, nous comptons 30 fois une absence complète de vomissements, soit au réveil, soit dans la journée de l'opération, 20 fois des vomissements. Sur ces 20 malades qui ont vomi :

Un a vomi.	20 fois.
Un a vomi.	15 —
Deux ont vomi.	11 —
Deux ont vomi.	9 —
Un a vomi.	8 —
Deux ont vomi.	5 —
Un a vomi.	4 —
Sept ont vomi	2 —
Trois ont vomi	1 —

En résumé, notre nombre restreint d'observations suffit a mettre en lumière les avantages que j'ai énumérés au début.

Il est un point que j'ai laissé volontairement dans l'ombre, c'est celui de la substitution de l'oxygène à l'air atmosphérique.

On sait que Paul Bert avait eu l'idée de mélanger de l'oxygène avec le protoxyde d'azote, afin d'éviter ces phénomènes de congestion asphyxique qui accompagnent l'anesthésie par le gaz hilarant. Les physiologistes avaient plus tard étendu cette méthode à l'anesthésie par le chloroforme, et j'ai vu en 1886, dans le laboratoire de M. Regnard, endormir des chiens avec un mélange titré de vapeurs chloroformiques et d'oxygène.

En fait, il est incontestable que les malades endormies avec le mélange d'oxygène et des vapeurs chloroformiques conservent dans la très grande majorité des cas une coloration rosée de la face, soit pendant, soit immédiatement après l'anesthésie ; une seule fois nous avons relevé de la cyanose, c'était chez une malade qui présentait du spasme de la glotte, et le phénomène fut très passager.

La conservation du teint rosé est d'autant plus frappante qu'elle s'observe même chez les malades inclinées au maximum ; qu'on

me permette à cette occasion une simple remarque, c'est que dans les conditions ordinaires de chloroformisation nos opérées sur plan incliné sont peu favorisées au point de vue de la qualité de l'air qu'elles inspirent. Les élèves qui assistent à l'opération et qui veulent voir quelque chose sont nécessairement derrière le chloroformisateur, formant comme une sorte de rideau, et somme toute la tête de l'opérée occupe ainsi le fond d'un entonnoir bas placé où l'acide carbonique de l'atmosphère a quelque tendance à s'accumuler.

Au moment où nous avons fait nos recherches sur l'air des salles d'opération, nous avions pensé compléter nos études bactériologiques par une étude chimique de la composition comparée de l'atmosphère au début et à la fin d'une opération ; notre interne en pharmacie M. Dubois avait bien voulu commencer ces recherches; voici quels avaient été ces premiers résultats.

Sur notre demande, M. Dubois avait procédé au dosage de l'oxygène et de l'acide carbonique, afin d'étudier plus spécialement l'influence du flambage des cuvettes et de la présence d'un plus ou moins grand nombre de personnes.

Les expériences ont été faites en employant 250 grammes d'alcool à 90 degrés pour flamber les cuvettes et en se basant sur la présence de 12 à 15 personnes dans la salle d'opération qui mesure approximativement 125 mètres cubes. Au point de vue de la quantité d'oxygène absorbée par le flambage la différence technique donnée par le calcul était de 0,24 p. 100. Expérimentalement, en opérant sur des cloches à gaz de 15 centimètres cubes, les résultats ont été assez dissemblables ; la différence a été dans 6 cas de 0,220; 0,289; 0,072; 0,130; 0,006 et 0,042. La diminution d'oxygène est en somme variable, minime et négligeable. Il n'en est pas de même des variations dans la teneur de l'air en acide carbonique.

En faisant passer un volume d'air connu dans une série de flacons contenant de l'eau de baryte, en mettant l'eau de baryte dans un flacon témoin, et l'eau contenue dans les flacons soumis à l'expérience au moyen de l'acide sulfurique demi-normal, en présence du bleu C 4 β, comme indicateur M. Dubois a obtenu le poids d'acide carbonique contenu dans le volume d'air donné.

La moyenne de plusieurs expériences faites sur l'air de la cour de l'hôpital et de la salle d'opération a donné 0,0326 d'acide carbonique pour 100, ce qui pour 125.000 litres donne 40 lit. 750 d'acide carbonique !

La combustion de 250 grammes d'alcool absolu produit 150 litres d'acide carbonique, ce qui porte à 191 lit. 45 le volume d'acide carbonique contenu dans la salle, soit 0,12056 p. 100.

Les chiffres trouvés à la suite des dosages ont été de 0,0954, de 0,1024 et de 0,0810 p. 100, ce qui donne une moyenne de 0,09293 p. 100.

Douze personnes fournissent par leur respiration 264 litres d'acide carbonique par heure qui ajoutés à ceux produits par le flambage donnent 455 lit. 45 d'acide carbonique contenus dans la salle, soit 0,364 p. 100 s'il n'y avait pas d'échange constant entre l'air intérieur de la salle et l'air extérieur.

Or, les résultats obtenus ont été de 0,1271; 0,1157 et 0,1414 p. 100 dont la moyenne est de 0,1280 p. 100. En résumé la quantité d'acide carbonique devient trois à quatre fois plus grande qu'à l'état normal. Je veux bien que l'air ne devient asphyxiant que quand il contient 4 p. 100 d'acide carbonique, mais il peut en être autrement si cet air est mélangé à des vapeurs anesthésiques; il n'est donc pas indifférent d'offrir à l'absorption sanguine de l'opéré un mélange aussi dépareillé que possible de gaz irrespirable. Roth n'est d'ailleurs pas le premier qui ait appliqué à la pratique chirurgicale le mélange de vapeurs anesthésiques et d'oxygène.

On trouvera dans le *Medical Record* du 12 octobre 1895 un appareil rudimentaire, de Carter S. Cole, composé d'un récipient d'oxygène, d'un flacon d'éther et d'un masque; les trois parties sont reliées par un tube en caoutchouc. Le gaz passe dans le flacon d'éther, en entraîne les vapeurs et arrive au masque mélangé avec elles.

Par cette méthode l'auteur a usé six onces d'éther à l'heure, soit 180 grammes.

Il termine sa communication en émettant cette idée qu'on pourrait au lieu d'oxygène employer l'air comprimé. A propos de cette communication, un médecin américain, M. Sickler, déclara qu'il avait depuis quelques années essayé le mélange d'oxygène et de chloroforme, tantôt avec succès, tantôt avec moins d'avantages. L'appareil de Roth, s'il n'a pas le mérite de l'idée, n'en a pas moins celui d'une réalisation pratique.

Il n'en reste pas moins à Roth le mérite, sinon de l'idée première, tout au moins d'une réalisation pratique de cette idée.

Nos observations sur plus de cent malades confirment les opinions qui ont été déjà apportées à cette tribune, tant pour les avantages du réglage de l'anesthésique que du mélange des vapeurs anesthésiques à l'oxygène.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je viens vous présenter aujourd'hui l'appareil dont je vous ai parlé dans la dernière séance, et qui a été construit sur mes indications par un de mes élèves M. Dupont avec le concours de M. Chabaud et Thurneyssen.

Cet appareil a pour but de donner les mélanges titrés d'air et de chloroforme, et de supprimer le procédé de la compresse, qui ne peut, je le répète, ne nous donner aucune sécurité.

Ce n'est pas en effet, comme l'a montré Paul Bert, la quantité plus ou moins grande de chloroforme qui a été donnée qui a de l'importance, mais la proportion centésimale des vapeurs chloroformiques dans l'atmosphère qu'on respire.

On peut tuer en quelques minutes un animal avec 10 grammes de chloroforme, si ces 10 grammes sont contenus dans trente litres d'air, tandis que vous pouvez donner sans danger 40 grammes si les vapeurs dégagées par ces 40 grammes ne sont absorbées que mélangées à 400 litres d'air.

Je fais donc remarquer à M. Quénu que ce qu'il importe c'est de ne pas donner telle ou telle quantité de chloroforme, mais la quantité d'air dans lequel le chloroforme est dilué.

La pénétration des gaz dans l'économie ne se faisant qu'en vertu de cette loi générale énoncée par Paul Bert, qu'elle est réglée par leur tension partielle dans l'air. Aussi tenant compte de ces faits on peut même en donnant goutte à goutte, si on ne renouvelle pas l'air, si l'évaporation de ces gouttes se fait sous une compresse trop hermétiquement appliquée, avec taffetas gommé par dessus empêchant encore plus l'entrée de l'air, avoir des accidents dus à une pénétration trop grande de vapeurs chloroformiques fournies cependant par une petite quantité de chloroforme.

Or, c'est pour rendre pratique ce procédé de chloroformisation par mélanges titrés préconisé par Paul Bert, que cet appareil a été construit.

Cet appareil est comme vous le voyez très portatif, très réduit de volume, et d'un maniement facile. Sur celui de M. Ricard, il à déjà ce premier avantage de ne pas avoir de soupape, avantage énorme, capital, et sur lequel Paul Bert insistait tout particulièrement, ainsi qu'on le peut voir dans une note publiée dans le journal *La Nature* le 21 mars 1885, où se trouvent exposées d'après lui les données du problème de la construction idéal d'un appareil permettant l'anesthésie avec des mélanges exactement titrés.

1° Il doit être peu encombrant, peu fragile, d'un maniement simple;

2° Préparer automatiquement le dosage du mélange;

3° Permettre de changer aisément la dose;

4° N'avoir aucune soupape ;

5° Être disposé de telle sorte qu'aucun accident ne puisse introduire une dose de chloroforme trop forte.

Si en effet Paul Bert insistait ainsi sur l'absence nécessaire de soupape, c'est que les soupapes quelque bien faites qu'elles soient

peuvent toujours à un moment mal fonctionner ou être paresseuses, et alors le pourcentage, c'est-à-dire le titre des mélanges, est changé.

Ainsi, j'ai depuis le mois d'octobre dans les mains, et me suis servi de l'appareil de Vernon et Harcourt, dont vous a parlé M. Monprofit. Je me plais à dire ici que cet appareil est très remarquablement étudié; il a un jeu de soupapes d'un mécanisme très ingénieux; et cependant, est-ce parce que je ne m'en suis pas servi pendant quelque temps, qu'il y a de l'humidité qui a pu arriver jusqu'à lui, l'autre jour en l'examinant pendant qu'il fonctionnait une soupape collait très légèrement; cela suffit pour modifier le titre.

Enfin MM. Langlois et Richet, ont attiré notre attention sur ce qui se passe dans l'expiration, dans l'anesthésie. Si l'inspiration est peu modifiée, l'expiration devient pour ainsi dire passive lorsque le malade est anesthésié. Alors l'obstacle le plus minime, imperceptible, disent ces auteurs, pour la respiration de l'homme à l'état de veille, peut devenir chez l'homme anesthésié infranchissable. Sans exagérer la portée de cette observation, il faut cependant en tenir compte.

C'est, tenant compte de toutes ces données de Paul Bert, que nous avons, avec MM. Dupont, Chabaud et Thurneyssen, cherché un appareil donnant automatiquement les mélanges titrés, quelles que fussent les variations de la respiration, comme fréquence et amplitude.

Le premier appareil que nous avons construit est l'analogue de celui de M. Ricard, je vous le présente aujourd'hui; il se compose d'un récipient, avec couvercle percé d'un trou central laissant passer un tube d'aspiration, et autour de ce tube se trouvent disposés une série d'orifices, qu'on bouche avec une valve mobile, soit complètement, soit en en laissant un ou deux ouverts. On règle ainsi l'entrée de l'air dans le récipient, air qui se charge de vapeurs chloroformiques, et est aspiré par la respiration du malade, par le tube central.

Comme l'a remarqué M. Ricard, on peut, par cette disposition, faire varier la proportion des vapeurs chloroformiques du simple au quadruple; ce n'est là qu'une question d'ouverture plus ou moins grande des orifices laissant entrer l'air dans le récipient.

Mais ceci n'est exact que si la température du chloroforme reste constante, et que si le nombre des respirations ne varie pas. C'est ce qui nous explique pourquoi M. Ricard, en prenant comme base le nombre de 16 inspirations par minute et de 500 centimètres cubes d'air inspiré par inspiration, a, en effet, trouvé des chiffres qui lui ont paru satisfaisants.

Mais il n'en est pas sinsi chez l'homme anesthésié.

Par le fait de l'anesthésie, le nombre des respirations augmente, et au lieu d'être 16 comme chez l'homme normal, il est de 30, 35, 40 par minute.

L'amplitude de l'inspiration diminue, et au lieu de 500 centimètres cubes, nous ne trouvons que 300, 400 centimètres cubes, quelquefois moins, mais jamais 500.

Nous devons donc compter sur ces variations, et notre premier appareil, comme cela doit être probablement pour celui de M. Ricard, ne donnait plus le pourcentage exact dès que le chiffre des respirations n'était plus celui sur lequel il avait été établi.

C'est alors que nous avons modifié cet appareil, et qu'au tube aspirateur nous avons donné la forme d'une trompe à air, c'est-à-dire à deux tubes se croisant à angle droit, le tube vertical s'ouvrant dans le récipient où se trouvent les vapeurs de chloroforme, le tube horizontal, par où se fait l'aspiration, ouvert d'un côté à l'air, de l'autre en rapport avec le masque qui était appliqué sur la figure du malade.

Mais, étant donnée la disposition primitive de cette trompe, que je vous présente, l'air d'expiration revenait dans le flacon contenant le chloroforme. Nous dûmes, entre la trompe et le masque, disposer un tube en verre, renflé au centre, ayant une ouverture centrale qui s'adaptait au tuyau du masque, amenant l'air inspiré et expiré dans ce tube où la division se faisait par deux soupapes constituées par deux boules de caoutchouc reçues dans deux petits entonnoirs en verre, dans lesquels l'une se soulevait au moment de l'inspiration, et découvrait l'orifice de communication du tube avec l'appareil aspirateur : l'autre ne se soulevait qu'au moment de l'expiration, et laissait échapper l'air expiré par l'orifice supérieur du tube, en communication avec l'air extérieur.

Mais, si simple qu'il fût, cet appareil, avec lequel nous fîmes les premiers essais, et qui donnait le pourcentage exact, quel que fût la variabilité de la respiration, nous parut encore trop compliqué. Grâce à l'ingéniosité des constructeurs, nous arrivâmes à donner au tube aspirateur une disposition telle que l'air de l'expiration s'écoulait au dehors et ne revenait pas dans le récipient du chloroforme ; les soupapes devenaient inutiles, et nous pouvions les supprimer, vous donnant l'appareil suivant, que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, et que je vous présente aujourd'hui.

Il se compose d'un petit récipient métallique, dans lequel vous versez le chloroforme (B).

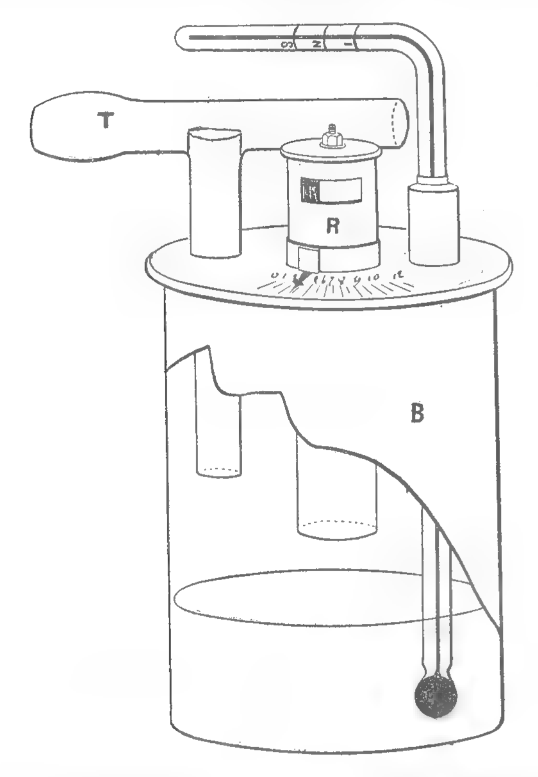
Le couvercle de ce récipient présente trois ouvertures :

1° Une qui laisse passer un thermomètre, pour avoir, pendant

toute l'anesthésie, la notion exacte de la température (S);

2° Un tube (R) ouvert latéralement, et dont l'ouverture est fermée par une valve mobile mue par une aiguille, se déplaçant sur un cadran, dont les divisions sont sur le couvercle de l'appareil; cette aiguille sert à régler le titre du mélange et à le modifier de 0 p. 100 à 12 p. 100, chiffre de notation qui, nous l'avons dit dans la dernière séance, correspondait à ceux donnés par Paul Bert;

3° La troisième ouverture donne passage à un tube vertical (T),



venant s ouvrir dans un tube horizontal, comme vous le montre la figure suivante.

A l'extrémité (T) de ce tube horizontal se trouve ajusté un caoutchouc aboutissant à un masque sans soupape appliqué sur la bouche et le nez du malade. Ce masque est entouré d'un pneumatique qui permet son adaptation exacte.

Or, ce tube en T qui surmonte le couvercle constitue tout l'appareil aspirateur et expirateur.

La disposition de ces deux tubes est telle qu'elle réalise une trompe à air (par analogie avec la trompe à eau); c'est le courant d'air de l'inspiration, qui par le tube vertical fait monter les

vapeurs chloroformiques en plus ou moins grande quantité suit vant que l'orifice de réglage qui laisse arriver l'air dans l'air esplus ou moins ouvert.

Or, d'après le principe des trompes, nous avons un rapport constant, quelle que soit la force de la respiration, ou le nombre de la respiration, entre la quantité d'air qui passe dans le tube horizontal, et la quantité de vapeur qui se trouve aspirée.

Si le pourcentage change, c'est seulement parce qu'il arrive moins ou plus d'air par l'orifice de réglage, ou parce que la température change.

Quand l'expiration se produit, un courant d'air en sens inverse se produit dans le tube horizontal, mais diminué de force, dans la proportion de 1 à 4. Quand il se produit, il entraîne également une certaine quantité de vapeur chloroformique mais diminuée dans la même proportion.

Toutefois cette aspiration qui se produit au moment du courant d'expiration empêche l'air expiré par le malade d'entrer dans l'appareil, et nous permet de ne pas avoir de soupape.

Comme nous l'avons dit l'autre fois la température joue un rôle important. La pourcentage des vapeurs chloroformiques dans l'air est différent suivant que la température du chloroforme est plus ou moins élevée; pour une élévation de 2 degrés le pourcentage s'augmente de 1 p. 100. Il ne faut donc pas négliger cette température comme semblait le dire M. Ricard.

Sur notre thermomètre se trouve un trait indiquant la température que doit avoir dans notre appareil le chloroforme, pour que notre pourcentage soit exact. Cette température doit être entre 15 et 17 degrés. Or, dans nos salles d'opérations la température du chloroforme se maintient facilement à ces chiffres. Si la température baissait, il suffirait avec la main de réchauffer l'appareil pour maintenir toujours la température au voisinage de 16 degrés.

Comme vous le voyez il suffit pour se servir de l'appareil de se contenter de placer le masque exactement sur les orifices de la respiration, de veiller à ce qu'ils soient exactement fermés, et de dire au malade de respirer, pendant que vous surveillez la température, et qu'avec la vis de réglage vous donnez un mélange plus ou moins saturé de vapeur chloroformique. Nous commençons par 0, c'est-à-dire en donnant rien que de l'air pur, puis nous augmentons progressivement les doses, et nous arrivons à 10 ou 12 p. 100, titre du mélange nécessaire pour endormir le malade en dix minutes, comme l'a indiqué très nettement Paul Bert. L'anesthésie s'étant produite, nous revenons à la dose de 5 p. 100, avec laquelle on peut entretenir pendant des heures l'anesthésie.

J'insiste sur ces chiffres de 10 p. 100, car c'est pour les avoir

méconnus que l'appareil de Vernon-Harcourt, ainsi que vous l'a dit M. Monprofit et tous ceux qui s'en sont servis a l'inconvénient de n'amener l'anesthésie que très lentement, et quelquefois difficilement. Il est en effet dosé à 2 p. 100 anglais, correspondant à nos 8 p. 100 français, dose insuffisante pour déterminer l'anesthésie, et très souvent qui n'aboutit qu'à une insensibilité relative.

Notre appareil a été vérifié par l'expérience suivante.

Ayant deux flacons de 300 litres chacun avec un robinet inférieur et reliés entre eux par un tube caoutchouc fixé à une tubulure inférieure, tandis que le bouchon qui ferme les deux flacons porte un tube de dégagement, nous plaçons le premier flacon rempli d'eau à une certaine hauteur variable, qui nous permettra de varier la vitesse de l'écoulement de l'eau ; dans le second flacon placé plus bas, nous adaptons au tube de dégagement du premier flacon au moyen d'un caoutchouc le côté de l'aspirateur par lequel le malade doit inspirer. En ouvrant le robinet inférieur de ce flacon, il se vide dans le second, et en même temps qu'il se vide, aspire l'air qui se charge de chloroforme ; lorsque le second flacon est plein, 300 litres d'air ont passé, et en pesant le chloroforme avant et après l'expérience nous pouvons nous rendre compte de ce qu'il a perdu en poids, la température du chloroforme ne variant pas. En renouvelant ainsi l'expérience, et en la modifiant en faisant écouler plus ou moins rapidement l'eau, par l'élévation plus ou moins grande du premier flacon, nous pouvons ainsi arriver à des résultats absolument démonstratifs. Si on veut imiter l'expiration, on n'a qu'à élever le second flacon une fois rempli d'eau, et, en le faisant passer dans le premier flacon, on le vide de l'air qu'il contenait.

Par cette expérience, nous avons pu avec MM. Dupont, Chabaud et Thurneyssen nous rendre compte que tant que l'inspiration fera passer plus de 2 litres d'air par minute, le pourcentage correspond à ce qui est indiqué sur l'appareil ; or, même anesthésié, on respire de 9 litres à 14 litres par minute.

Si la respiration est au-dessous de 2 litres 1/2 par minute la quantité de chloroforme diminue.

Avec le pourcentage la phase de répulsion du début qu'on notait au début avec la compresse totalement supprimée. Nous ne voyons plus les malades s'agiter, retirer avec la main la compresse disant qu'ils étouffent, nous ne les voyons plus cracher, ni saliver. Ils respirent librement et la phase d'excitation est très diminuée et très courte ; même chez des alcooliques, elle est supprimée et quand elle existe, elle dure à peine quelques instants et n'a jamais amené de véritable lutte.

Dans plus des deux tiers des cas, cette phase n'a pas existé, le malade étant arrivé sans mouvement à l'anesthésie et à la résolution musculaire.

L'insensibilité complète est produite en huit ou dix minutes avec le mélange à 12 p. 100. Elle se maintient pendant toute la durée de l'anesthésie tout en diminuant le titre du mélange à 5 ou 6 p. 100; et à 3 p. 100 pour terminer.

Sur les 125 malades que nous avons anesthésiés ainsi et sur lesquels nous avons pratiqué les opérations les plus dures et les plus longues, telles que exclusion intestinale, gastro-entérostomose, résection de l'estomac, fibromes, salpingites, appendicites, nous n'avons pas eu une seule alerte; chose curieuse, et qui nous a frappé, lorsque nous étions obligés de tirer la langue si souvent à nos anesthésiés par le procédé de la compresse, je n'ai pas souvenance d'avoir vu cette langue tirée avec le procédé actuel. Le simple soulèvement de la mâchoire suffit pour empêcher tout renversement de la langue. Pendant l'anesthésie les vomissements, sans être supprimés, sont exceptionnels. Sur 125 malades je ne les ai vus que deux fois. Après l'anesthésie ils sont très diminués et dans les deux tiers des cas manquent. Ce qui frappe surtout est l'absence de shock, que nous avons noté chez tous nos malades, même après deux heures d'anesthésie.

Je ferai encore observer que cet appareil a été manié par tous mes élèves, que je l'ai confié à des novices, et que ceux-ci suivant les recommandations faciles que je leur faisais, c'est-à-dire la surveillance de la température, l'anesthésie a été aussi régulière, qu'avec M. Dupont.

En un mot, grâce à ce procédé d'anesthésie, le chirugien n'éprouve aucune inquiétude sur l'état de son malade qui dort et respire avec le plus grand calme.

Ce sont ces résultats, qui, corroborés par ceux qu'avaient relevés Paul Bert, Raphaël Dubois et tous ceux qui se sont servis d'appareils plus ou moins parfaits donnant le pourcentage nous ont permis de conclure à l'Académie en recommandant cette méthode des mélanges titrés, qui est appelée à remplacer le procédé d'anesthésie par la compresse, beaucoup moins sûr.

Communication.

Absence congénitale presque complète des organes génitaux chez un homme de trente et un ans,

par M. le professeur AUGUSTE REVERDIN.

En novembre 1904, mon ami le Dr Julliard, de Châtillon-de-Michailles, m'adresse un homme de trente et un ans en paraissant à

peine dix-huit. C'est un grand garçon d'apparence chétive, myope à l'excès et d'intelligence médiocre.

Il traîne une existence indifférente, sinon misérable, non qu'il souffre, sa santé a toujours été assez bonne, mais par le fait d'une insuffisance physique due à l'arrêt de développement de ses organes génitaux.

Le pénis est représenté par un petit prépuce dépassant à peine une masse qui occupe toute la région inguinale droite jusqu'au voisinage d'un scrotum d'enfant, bien dessiné cependant et pourvu de son raphé-médian.

En arrière de ce prépuce on perçoit par une palpation attentive une petite masse allongée un peu plus ferme que les tissus voisins et qui pourrait être considérée comme l'ébauche d'un pénis minuscule.

Quant au scrotum il ne renferme rien qui ressemble à un testicule.

L'orifice inguinal gauche est tout à fait effacé, tandis que celui de droite est au contraire maintenu largement ouvert par une tumeur en forme de boudin, longue de 14 centimètres environ, s'élargissant vers le haut pour aller se perdre sous la paroi abdominale, tandis qu'il se termine en bas par une masse arrondie et dure qui contraste par sa consistance avec la fluctuation manifeste qu'on rencontre dans tout le reste de la tumeur.

Les fonctions urinaires sont normales à celà près que le jet est fortement dévié à gauche par le fait de l'asymétrie des parties, résultant de la présence de la tumeur.

Quant aux fonctions génitales il n'en est pas question. Neutralité absolue!

Nous avons donc affaire à un être chez lequel la verge a cessé de croître de fort bonne heure et qui est en outre cryptorchide, au moins à gauche, car pour le côté droit la question se complique.

La mère nous affirme en effet que durant l'enfance de son fils, elle remarqua une petite *boule* haut située dans la région inguinale et que depuis deux ans cette boule s'est accrue à mesure qu'elle tendait à descendre là où nous la trouvons aujourd'hui.

Il est vraisemblable que cette masse, actuellement du volume d'une noix, représente le testicule dégénéré, tandis que la partie fluctuante qui remonte dans le canal inguinal, ne serait qu'une simple hydrocèle du cordon.

Quant à l'autre testicule il manque totalemeut à moins qu'il reste caché dans l'abdomen.

Le sujet vient à nous pour savoir s'il y a quelque moyen d'entraver le développement de la *grosseur* qui commence, sinon à lui faire mal, du moins à le gêner notablement.

Nous l'engageons à se débarrasser de cette tumeur à accroissement rapide, qui nous paraît fort suspecte et de nous permettre par la même occasion de reconstituer son canal inguinal.

Le 30 novembre : anesthésie par l'éther, incision suivant le grand axe de la tumeur, facile dissection de celle-ci. Il faut remonter jusque dans l'abdomen pour contourner son pôle supérieur. Nous parvenons bientôt à l'enlever intacte, c'est-à-dire sans avoir par quelque déchirure de sa paroi favorisé l'issue du liquide qu'elle contient.

Par transparence on aperçoit à l'extrémité inférieure de la pièce une masse, grosse comme une noix, tranchant par son opacité sur tout le reste de la tumeur qui est absolument translucide.

Le long de celle-ci court un mince cordon qui doit représenter le cordon spermatique. Lié et coupé à sa partie supérieure il rentre de lui-même dans l'abdomen.

Comme on pouvait le prévoir une masse épiploïque s'échappe du canal inguinal largement ouvert suivie par une anse intestinale.

Je résèque l'épiploon procident, après ligature, et réduis l'intestin.

Je m'applique ensuite à reconstituer la paroi abdominale, après avoir fermé par quelques sutures les bords de l'ouverture péritonéale soigneusement repérés.

La réunion se fait par première intention.

La verge minuscule et le scrotum ayant regagné la ligne médiane, le jet d'urine s'écoule normalement.

La pièce est conservée dans une légère solution de formol, puis divisée en deux portions égales suivant son grand axe. Le liquide qu'elle contient s'est coagulé en une gelée consistante, de couleur verdâtre.

M. le Dr Huguenin assistant au laboratoire d'anatomie pathologique de Genève, examine l'une des parties tandis que l'autre est adressée à M. le Dr Suchard qui la confie à M. le Dr Joly, son assistant au Collège de France.

Le résultat des recherches de ces distingués collègues est à peu près le même : M. Huguenin dit : *lymphome dur*, M. Joly : *lymphosarcome.*

« La masse dure constituant la tumeur proprement dite est formée par un *lymphadénome* avec trame conjonctive de tissu réticulé et grosses cellules rondes à noyau vésiculeux et nucléole; tumeur souvent décrite sous le nom de lymphadénome à grosses cellules, lymphosarcome, sarcome alvéolaire, etc.

« Par places on trouve des coupes de tubes tapissées d'un épithélium cylindrique, restes probables des canaux afférents du testicule, mais on ne trouve nulle part d'éléments ayant les

caractères des tubes testiculaires nettement reconnaissables.

« Au voisinage de ces tubes on trouve souvent une infiltration de tissu conjonctif par des cellules lymphoïdes plus petites que celles qui constituent la majorité de la tumeur.

« La paroi conjonctive qui revêt la tumeur est infiltrée de couches de ces petites cellules ressemblant à celles du lymphadénome ordinaire.

« Enfin il y a par places des territoires nécrosés qui constituent les noyaux jaunes visibles à l'œil nu.

« Cette variété de tumeur est très fréquente au niveau des glandes génitales, testicule et ovaire. »

M. le Dr Durante, qui a bien voulu s'intéresser à son tour à la question, nous donne de la tumeur la description suivante :

« Elle est limitée par une coque épaisse, formée de tissu conjonctif lamellaire dense *paraissant représenter l'albuginée.*

« De cette coque partent des *travées* conjonctives qui se ramifient et dessinent des lobes et lobules irréguliers et surtout imparfaitement séparés les uns des autres. Dans ces travées existent des amas et des traînées de petites cellules rondes, à type inflammatoire, à siège toujours ou presque toujours périvasculaire.

« L'aire des lobules est presque exclusivement occupée par des cellules irrégulièrement arrondies, à gros noyau unique fortement coloré et à mince couche protoplasmique périphérique.

« Le noyau occupe donc la plus grande partie de la cellule, mais laisse cependant une couche protoplasmique plus épaisse que dans les lymphocytes.

« Ces cellules paraissent en général tassées les unes contre les autres, sans ordre, ou, par places, séparées par de minces tractus conjonctifs très déliés, anastomosés entre eux.

« La première impression est celle que donne un lymphome, mais dont les cellules seraient normalement volumineuses.

« Ailleurs, ces cellules tendent à se disposer en chaînettes incurvées, comme si elles représentaient un épithélium de revêtement, modifié dans la forme de ses éléments, mais encore reconnaissable à leur disposition générale.

« Dans l'intérieur des lobules, à côté de ces cellules et des tractus conjonctifs, existent, par places, des ramifications et des cloisons interlobulaires qui accompagnent de petits vaisseaux jusqu'au centre de ces lobules.

« Ces dernières ramifications vasculaires sont souvent chargées de cellules inflammatoires qui tranchent par leur forme et leurs réactions colorantes avec les grosses cellules arrondies du voisinage.

« Nulle part il n'existe de débris de glande normale conservée.

« *En résumé*, cette tumeur donne au premier abord l'impression d'un lymphome, mais on reconnaît bientôt que ses éléments n'ont pas les caractères de cellules lymphatiques, pas plus que de cellules sarcomateuses. En certains points, leur disposition permet, croyons-nous, d'assurer qu'il s'agit *d'éléments épithéliaux modifiés*.

« Cette hypothèse est confirmée par la comparaison avec des coupes d'un cancer du testicule, représentant le type du vieux carcinome, dans certains points desquelles les cellules épithéliales présentaient les mêmes transformations.

« Cette tumeur rentrait donc dans les tumeurs épithéliales. Toutefois, vu l'histoire du malade, l'ectopie testiculaire, le terme de cancer ou d'épithélioma, c'est-à-dire de tumeur maligne envahissante et récidivante, me paraît excessif.

« Histologiquement, c'est un retour à l'état embryonnaire des cellules glandulaires qui perdent leur différenciation et se multiplient sur place.

« Aussi le terme de *tumeur épithéliale embryonnaire* me paraîtrait plus de saison.

« Le pronostic n'a pas la gravité du sarcome ni de l'épithélioma et serait analogue à celui des tumeurs mixtes de la parotide.

« Il serait intéressant de savoir si l'autre testicule est un testicule normal *revenu* à l'état embryonnaire, ou s'il s'agit d'une glande n'ayant jamais effectué sa différenciation complète.

« Cette dernière hypothèse est possible puisqu'il y a arrêt de développement des organes génitaux. »

N'ayant pas qualité pour trancher ce problème histologique, j'ai jugé plus sage de me borner à mettre en présence les opinions un peu différentes de collègues compétents, tout en les remerciant de leur grande obligeance et en me félicitant de constater que comme moi ils estiment qu'il s'agit bien d'un testicule dégénéré, accompagné d'hydrocèle.

J'ai pensé qu'il serait intéressant de présenter ce cas à la Société de chirurgie, vu que dans la littérature, si on en rencontre d'analogues, c'est en bien petit nombre.

Celui qui paraît le plus complet est celui de Révolat qui ne trouva chez un nouveau-né qu'une simple fente au-dessous d'une hernie ombilicale, par laquelle sortaient urine et meconium.

Chopart, chez un enfant de deux mois et demi, décrit un petit gland derrière un prépuce imperforé.

Nélaton a vu, avec Goschler, un enfant dépourvu de verge; l'urine s'échappait avec les matières fécales par le rectum.

Dans le fait de Hicks, les testicules étaient en ectopie abdominale.

En 1875, le Dr J. Bouteiller a décrit (dans le journal l'*Union de la Seine-Inférieure*, n° 40, p. 27) un cas de verge absolument rudimentaire combinée à un épispadias complet.

Le Dr B.... fut appelé pour déterminer le sexe de l'enfant et faire cesser la rétention d'urine qui était due au phimosis à peu près complet.

Après avoir pratiqué une incision en T sur le prépuce à travers lequel il sentait une tumeur rénitente de la grosseur d'une très petite noisette, le Dr Bouteiller exerça une légère pression qui fit saillir cette tumeur, gland absolument rudimentaire, qui rentrait aussitôt qu'il cessait de comprimer.

« Le gland ou plutôt l'extrémité de cette verge était encapuchonné dans le scrotum lui-même.

« J'ai cru devoir désigner, ajoute le Dr B..., cet état anormal par les mots de *phimosis scrotal.*

« En raison de l'épispadias très prononcé, l'urine était projetée sur l'abdomen. »

Ce cas me paraît se rapprocher de celui que je vous présente car, j'avais omis de le dire, l'orifice préputial est très étroit, mais le prépuce est relativement long par rapport à ce qu'on sent en arrière : verge ou gland.

N'ayant pas cru devoir pratiquer la circoncision, puisque mon malade urinait facilement et qu'aucune raison, autre que la curiosité scientifique, ne justifiait cette intervention, je ne puis dire s'il y a dans ce cas épispadias ou non.

Je pencherais plutôt pour la négative, vu la manière très franche avec laquelle l'urine s'échappe.

Lecture.

M. SAVARIAND lit une observation des *Hernies intercostale épiploïque.* — M. ROCHARD, rapporteur.

Rapports.

Dix observations de corps étrangers de la vessie (calculs exceptés), par M le Dr E. CHEVALLIER, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. BAZY.

Notre collègue des hôpitaux, Chevallier, nous a envoyé dix observations de corps étrangers de la vessie. Comme la relation de cinq cas a été faite au Congrès d'urologie de 1899, je me

bornerai à rapporter les cinq autres qui sont entièrement inédits, et j'obéirai, ce faisant, au règlement de notre Société.

Il me sera toutefois permis de dire les titres de ceux que je ne rapporterai pas.

1° Canule à lavement dans la vessie d'une femme.

2° Explorateur à boule n° 22 brisé dans la vessie sur 10 centimètres d'étendue chez l'homme.

3° Coiffe de comptes-gouttes en caoutchouc extrait de la vessie d'une femme.

4° Sonde de Nélaton moyenne brisée extraite de la vessie d'un homme de soixante ans.

5° Corps étranger de la vessie (crayon) chez une femme, ayant amené la production d'un calcul vésical et une fistule vésico-vaginale.

Ces deux dernières observations proviennent de mon service, où mon ami Chevallier me faisait le plaisir et l'honneur de me remplacer.

Voici les observations inédites que nous envoie le Dr Chevallier :

1° *Canule à lavement extraite de la vessie d'une femme.* — Il s'agit d'une femme qui s'était, disait-elle, introduit par erreur la canule dans l'urètre, croyant prendre une injection dans le vagin. Le fait s'était passé quinze jours auparavant, et comme elle commençait à beaucoup souffrir de la vessie, elle était venue à ma consultation spéciale des voies urinaires à Beaujon où le Dr Chevallier me suppléait.

L'aveu dispensait de toute exploration cystoscopique. D'autre part, M. Chevallier, en regardant le méat, constata qu'il était dilaté ; cela lui suggéra l'idée d'introduire son doigt pour parfaire le diagnostic et aussi pour mobiliser le corps étranger qui, placé transversalement, comme c'est la règle, fut tourné de façon que l'une de ses extrémités fût amenée au niveau du col vésical, où il fut facile de le saisir avec une pince et de l'extraire.

Après quelques lavages de vessie, la guérison fut complète. Pas d'incontinence de l'urine à la suite.

2° *Bougie conductrice d'urétrotome de Maisonneuve laissée dans la vessie d'un homme. Extraction par les voies naturelles.* — Il s'agit ici de l'extraction par les voies naturelles d'une bougie conductrice de l'urétrotome de Maisonneuve laissée dans la vessie par un de nos confrères dans une urétrotomie interne. Ce confrère avait déjà pratiqué une boutonnière périnéale pour enlever la bougie, et, n'ayant pu y réussir, avait fait en toute hâte demander notre collègue Chevallier qui, introduisant un lithotriteur à mors plats par le méat, enleva très facilement la bougie.

3° Dans le troisième cas, il s'agit encore d'une *bougie conductrice de Béniqué laissée dans la vessie et qui fut extraite par les voies naturelles.* — C'était chez un homme de trente-cinq ans auprès duquel M. Chevallier fut appelé par un de ses élèves, qui, en passant une bougie Béniqué n° 50, n'avait ramené que le Béniqué.

La bougie fut retirée au bout de trente-six heures au moyen d'un lithotriteur à mors plats n° 1. Pas d'incident consécutif.

4° *Tube de caoutchouc introduit dans la vessie par l'urètre chez l'homme et extrait par les voies naturelles.* — Ce tube de caoutchouc, un homme de trente ans se l'était introduit dans l'urètre pour se sonder; il l'avait laissé échappé et, effrayé, s'était présenté à l'hôpital Bichat pour s'en faire débarrasser.

Ici encore, M. Chevallier n'eût pas de peine à retirer par les voies naturelles au moyen d'un lithotriteur à mors plats n° 1 un tube de 6 millimètres de diamètre et 0,26 à 28 centimètres de long. Pas d'incident.

5° Dans la dernière observation, c'est encore une *bougie conductrice d'urétrotome de Maisonneuve que M. Chevallier eut à extraire.* — Elle avait été laissée par un de nos confrères des environs de Paris chez un malade de vingt-cinq à vingt-huit ans.

L'accident remontait à trente-six heures.

L'exploration à boule n° 22 démontra à M. Chevallier que le canal était libre, et prenant un lithotriteur à mors plats n° 1, il l'enleva très facilement.

Ces dix observations ont suggéré à M. Chevallier un certain nombre de réflexions.

Tout d'abord il dit, et je ne saurais trop l'approuver, que les corps étrangers souples introduits, dans la vessie récemment, doivent être extraits de préférence par les voies naturelles. On ne saurait, en effet, comparer la bénignité de cette intervention, sa facilité, la simplicité de ses suites opératoires qui, à vrai dire, n'existent pas avec les suites opératoires d'une boutonnière périnéale ou d'une taille hypogastrique.

Le Dr Chevallier n'a pas eu à retirer de corps étranger rigide de la vessie mâle, ni par suite à employer les redresseurs imaginés par nos fabricants d'instruments de chirurgie. Dans ce cas, dit-il, il aimerait mieux la taille hypogastrique.

Je ne suis pas de son avis pour les raisons qu'il donne à propos des corps étrangers souples. Il va sans dire que je ne parle pas ici des corps étrangers en verre qui peuvent se casser et sur lesquels la fourche du redresseur ne peut avoir l'action.

Je rappellerai toutefois que j'ai publié en 1884, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, une observation de corps étrangers rigide de la vessie d'un homme. Il s'agissait d'un étui de cure-dent, corps étranger cylindrique en ivoire mesurant 8 centimètres de long et 6 millimètres 1/2 de diamètre (n° 19 de la filière Charrière).

Je profiterai de l'occasion pour publier ici l'observation d'un bout de sonde en gomme du n° 19 de la filière Charrière que j'ai extraite de la vessie d'un homme en 1903.

Le 8 octobre 1903, je reçois une lettre de notre confrère le Dr Désir de Fortunet (de Chalon-sur-Saône), m'annonçant l'arrivée d'un de ses clients qui, en se sondant, s'était cassé une sonde dans la vessie.

En effet, en même temps que la lettre, arrivait ce malade accompagné de sa femme, tous deux très préoccupés de l'idée de cette sonde dans la vessie.

M. P..., âgé de trente-cinq ans, me raconta que porteur depuis plusieurs années d'un rétrécissement pour lequel il avait été soigné par le Dr Désir de Fortunet, il avait pris l'habitude de passer de temps en temps, pour entretenir le canal en bon état de dilatation, une sonde n° 19.

La veille, la sonde s'était cassée sans que rien pût faire prévoir l'accident et il en était resté 10 centimètres au moins dans la vessie. Affolé, il était allé trouver le Dr Désir de Fortunet qui, avec une loyauté à laquelle je me plais à rendre hommage, lui avait dit : « Je ne peux que vous proposer la taille. Si vous voulez qu'on vous l'enlève par les voies naturelles, allez à Paris voir le Dr Bazy », et s'est dans ces conditions qu'il était venu.

La sonde cassée était une sonde à béquille du n° 19. Le canal laissait avec peine passer un explorateur à boule n° 20 qui frottait dans la région pénienne.

Le malade voulut être endormi. Je commençai par passer des bougies jusqu'au n° 22 ; je ne pus aller plus loin. Les conditions étaient défectueuses pour une extraction par les voies naturelles ; je ne pensai pas cependant que ce fût une condition d'insuccès.

Mais une condition qui pouvait rendre l'extraction laborieuse et dont je dus avertir la femme de mon opéré, c'est la friabilité de la sonde ; en effet on m'avait apporté le bout de sonde qui était resté entre les mains du malade et j'avais constaté qu'on pouvait le couper en morceaux, le débiter en petits fragments avec la plus grande facilité et je craignais que le même fait ne se produisît sous la pression des mors de mon instrument.

Effectivement, c'est ce qui arriva.

J'introduisis l'instrument que j'ai fait construire spécialement

pour l'extraction des corps étrangers demi-souples de la vessie, et que je vous présente (1).

Je saisis la sonde très facilement, et serrai de façon à la maintenir solidement. J'eus comme une sensation de brisure, je retire l'instrument, il ne portait entre ses mors qu'un débris de la sonde ; c'était prévu. Je réintroduisis l'instrument, serrai progressivement, j'eus la sensation que le corps ne se brisait pas, quoique tenu fortement, et le retirai. Il fut arrêté un peu au passage du rétrécissement, mais je pus toutefois franchir et j'eus la satisfaction d'amener un fragment de sonde de 7 centimètres environ, je l'avais saisi au niveau des œils : dans ce point la sonde était moins friable et avait résisté à la pression de l'instrument.

Comme l'urètre avait un peu saigné, je crus prudent de cesser toute manœuvre, je mis une sonde à demeure.

La longueur de sonde retirée ne nous avait pas paru suffisante et nous pensions qu'une cystoscopie serait nécessaire pour vérifier.

Le 12 au matin, j'arrivai avec le cystoscope, pour faire cette vérification ; mais le malade me montre un fragment de sonde de 4 centimètres environ de longueur qu'il avait rendu spontanément le matin, en urinant accroupi.

Ce fragment était assez petit pour avoir pu prendre dans la vessie une position quelconque ; il avait pu se placer dans la direction du courant d'urine, s'était engagé dans le col par une extrémité et était facilement sorti, emporté par le courant liquide.

Le fragment primitif n'aurait, très probablement pas pu se comporter ainsi ; il était trop grand pour prendre une position indifférente ; car, ainsi que le fait remarquer Chevallier, M. Guyon a montré depuis longtemps que les corps allongés pour peu qu'ils aient une certaine longueur se placent transversalement dans la vessie, c'est-à-dire suivant l'axe le moins variable.

J'ai publié d'autres cas de sondes en gomme retirées de la vessie. Je n'insiste pas.

(1) Il ressemble à un lithotriteur à mors plats, mais à un lithotriteur dont les mors seraient transposés.

Le mors mâle dans le lithotriteur est du côté de la concavité et s'engage dans le mors femelle, comme la tige mâle s'engage dans la tige femelle. Tige mâle et mors mâle, tige femelle et mors femelle se continuent respectivement.

Dans mon instrument, le mors femelle fait suite à la tige mâle et le mors mâle est porté par la tige femelle.

Pourquoi cette différence ?

C'est afin d'éviter la double plicature à laquelle sont soumis avec le lithotriteur ces corps étrangers quand on veut les faire passer par l'urètre.

Ces sondes se cassent parce qu'elles sont trop faibles, trop friables, trop peu résistantes; elles se cassent non par l'effet d'une contraction, d'un spasme urétral qui retiendrait une partie de la sonde, quand on veut la retirer; mais elles se cassent au niveau d'un point où elles se coudent, soit dans la vessie où elles sont enfoncées trop profondément, soit au niveau du sommet de la courbure que leur imprime l'urètre dans la portion membraneuse ou la prostate.

Quant aux bougies conductrices de l'urétrotome ou des Béniqué, elles restent dans la vessie, soit que le pas de vis qui les relie soit usé, ou trop court, soit que la bougie se casse au niveau de l'armature en appuyant sur la paroi vésicale, ou en appuyant sur la paroi urétrale dans une introduction vicieuse de l'instrument dans le canal.

C'est pourquoi il faut toujours vérifier la solidité de l'attache de la bougie à l'armature et le fini du pas de vis.

Pour ce qui est des bougies ou des sondes incrustées de calculs, je suis aussi de l'avis de Chevallier : on peut faire bénéficier les malades qui en sont porteurs de la lithotritie, on peut broyer et le calcul et la sonde; on retire la sonde, après avoir broyé le calcul tout autour. Quoique le cas ne soit pas tout à fait superposable, je pourrais rappeler que j'ai publié l'observation d'un petit écheveau de fil que j'ai pu ainsi retirer de la vessie d'une femme après avoir broyé les incrustations phosphatiques qui s'étaient faites autour.

La cystoscopie n'est pas indispensable pour établir le diagnostic; celui-ci peut se faire dans l'immense majorité des cas avec le lithotriteur ou l'explorateur.

D'autres fois, elle ne peut pas être faite parce que la vessie ou la prostate saigne.

Chevallier cite un cas de ce genre où la cystoscopie ne pouvant être faite, l'exploration avec le lithotriteur plat lui avait suffi à établir qu'il n'y avait pas de corps étranger; dans l'espèce, on croyait qu'il s'agissait d'un bout de sonde de Nélaton. En effet, une taille hypogastrique faite à quelque temps de là par le Dr Hartmann démontra l'absence de tout corps étranger.

Après avoir ainsi étudié le mode d'extraction des corps étrangers chez l'homme, M. Chevallier étudie ces corps étrangers chez la femme.

Chez la femme, ce sont le plus souvent des corps étrangers rigides.

La cystoscopie peut être utile et notamment dans les cas d'épingles à cheveux dont il ne relate pas de cas. Le cystoscope peut aider à guider le crochet de Collin et celui de Pasteau.

Même dans ces cas, et je le dis pour ceux qui n'auraient pas de cystoscope à leur disposition, l'éclairage n'est pas utile.

Il n'y a même pas besoin d'une instrumentation spéciale : j'ai enlevé plusieurs fois (et à dessein, pour montrer que cela peut se faire), des épingles à cheveux avec le vulgaire crochet à boutons.

Pour les corps étrangers rigides, M. Chevallier montre que chez la femme on peut avoir recours à l'extraction par les voies naturelles.

Trois fois sur quatre il a eu recours à cette extraction; deux fois il s'agissait de canules à lavement, une fois d'une coiffe de compte-gouttes.

Dans le quatrième cas, M. Chevallier n'a fait que transformer en taille vésico-vaginale une perforation de la cloison à travers laquelle passait le corps étranger qui était un crayon.

M. Chevallier pense que chez les femmes qui ont des corps étrangers, quand le méat est assez dilatable et l'urètre assez peu résistant pour permettre l'introduction du doigt, on peut par ce moyen faire l'extraction des corps étrangers; c'est ce qu'il a fait dans un cas ; dans un autre il a eu recours à une pince-longuette qui a permis une extraction facile.

Pour ce qui me concerne, je pense qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à l'introduction du doigt et que, un doigt dans le vagin, une pince ou un lithrotriteur dans la vessie, on peut engager l'extrémité du corps étranger dans les mors de l'instrument préhenseur, de façon à les mettre en prolongement l'un de l'autre et l'enlever facilement.

C'est ce que j'ai fait dans plusieurs cas avec la plus grande facilité.

Il est évident qu'il ne s'agit ici que de corps étrangers mousses; s'ils étaient aigus ou pointus, il faudrait avoir recours à la taille.

Et ici M. Chevallier donne la préférence, à moins de contre-indication particulière, à la taille vésico-vaginale dont les suites sont si simples, dont la fermeture est si facile, et il rejette la taille sous-symphysaire ou vestibulaire préconisée par Legueu, qui n'a pas, du reste, reçu un accueil favorable au sein de notre Société où, en cas de nécessité de taille, nous avons montré, comme Chevallier, nos préférences pour la taille vésico-vaginale qui répond à toutes les indications de la taille sous-symphysaire, et en outre est plus simple, moins sanglante, et rend plus facile l'extraction des corps étrangers.

Présentations de pièce.

Déviation angulaire du tibia, consécutive à une fracture.

M. LUCIEN PICQUÉ. — J'ai eu récemment l'occasion de recevoir dans mon service de Sainte-Anne un malade qui présentait une déviation angulaire du tibia au niveau de son tiers inférieur, et paraissant consécutive à une fracture vicieusement consolidée. Je ne pus, d'ailleurs, avoir aucun renseignement sur son passé, en raison de son état mental.

Quelle ne fut pas mon étonnement en constatant sur la radiographie que je vous présente que cette fracture avait été suturée à l'aide de deux fils métalliques.

Je ne voudrais, en aucune façon, faire de ce résultat une arme contre la suture des os, en cas de fracture. Mais il m'a paru intéressant de vous montrer ce résultat, qui prouve bien que la suture osseuse ne suffit pas, et qu'il convient de surveiller avec grand soin la position du membre après l'opération. Le malade, d'ailleurs, marchait très facilement et refusa toute opération.

Il mourut plus tard des progrès de la paralysie générale, et la pièce que j'ai conservée dans mon musée confirme la présence de la suture osseuse.

Rein unique du côté droit. A gauche, coque calcaire représentant le rein absent. Absence totale de l'uretère gauche.

M. CH. MONOD. — La pièce que je mets sous vos yeux est infiniment rare. Je me suis assuré qu'il n'en existe pas de semblable dans le musée, si riche cependant, de l'hopital Necker.

Elle a été recueillie sur un homme de soixante-quatorze ans opéré d'urgence dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, par mon ancien interne et ami, le Dr Zadok, pour une anurie calculeuse.

Le malade, soulagé par une néphrotomie qui permit le libre écoulement de l'urine par la plaie, ne rendit, après l'opération, pas une goutte d'urine par l'urètre, et ne tarda pas à succomber. On soupçonna que le rein du côté opposé devait être absent.

Il en était bien ainsi. Je vous montre le rein *droit* manifestement hypertrophié, mais ne présentant rien de particulier. La cavité du bassinet est vide. L'uretère est enlevé dans toute son étendue et fendu suivant sa longueur. A l'entrée de sa portion pelvienne, sa cavité est obstruée par un calcul, ayant la forme et les dimensions d'un gros petit pois.

Du *côté gauche*, pas de rein. A sa place on trouve une coque sphérique, à parois très denses, ayant les dimensions d'une mandarine. On l'ouvre et l'on voit que la paroi est uniquement constituée par un tisssu très dur, d'apparence calcaire. La surface interne de cette poche est brillante et nacrée, de coloration jaunâtre. Son épaisseur est à peu près celle d'une coquille de noix. La cavité est unique, sans trace de cloisons, et close de toutes parts. Son contenu est un liquide louche, renfermant de nombreuse paillettes brillantes et très petites (cholestérine), ne ressemblant en rien à l'urine.

A cette coque aboutissent quelques grosses veines, représentant seules les vaisseaux du hile d'un rein normal.

L'uretère n'existe pas à côté de ces veines, ni aucun cordon qui le rappelle. Le Dr Zadok et M. Deshayes, interne du service, qui se chargèrent de cette autopsie, ne retrouvèrent pas davantage, sur le trajet normal de l'uretère, du rein à la vessie, rien qui pût faire songer à la présence de ce conduit, même atrophié. Enfin dans la vessie ouverte, que je vous présente également, il existait un seul orifice urétéral, à droite ; à gauche il n'en existait pas trace.

Comment interpréter ce fait ? Je pense qu'il s'agit là d'un cas d'atrophie congénitale du rein avec absence de l'uretère. Le rein avait dû être dès l'enfance réduit à sa plus simple expression. Cet embryon de rein a pu sécréter un peu d'urine qui, ne trouvant pas, par suite de l'absence d'uretère, de voie d'échappement, a déterminé la formation d'une hydronéphrose de faibles dimensions. Cette hydronéphrose aurait, par voie de pression excentrique, achevé de faire disparaître ce qui pouvait exister de tissu rénal et, par suite, n'a eu aucune tendance à augmenter de volume. Il n'est resté en somme à la place du rein que la petite poche que je vous présente, dont les parois ont à la longue subi la transformation fibro-calcaire.

M. Routier. — Le cas que nous présente M. Monod n'est pas seulement intéressant au point de vue anatomique, mais encore au point de vue clinique, car il confirme pleinement la théorie de l'anurie qui règne actuellement ; on admet en effet que quand il se produit de l'anurie chez un malade, c'est qu'il avait un rein nul, malade ou pris, et que son rein, resté bon, vient de se prendre ; c'est celui qu'il faut ouvrir aussitôt que possible.

J'ai un malade auquel j'ai ouvert le rein droit une première fois il y a dix ans, une seconde fois il y a trois ans, et il va très bien. Je suis convaincu que ce malade vit toujours avec un seul rein, celui que je lui ai taillé deux fois.

M. F LEGUEU. — Je suis heureux de voir dans le fait de M. Monod la confirmation de la théorie que je soutiens depuis des années en ce qui concerne l'anurie, théorie qui d'ailleurs commence à s'imposer. C'est qu'en matière d'anurie calculeuse, il n'y a pas à compter avec l'intégrité du rein opposé ; il est absent, atrophié, dégénéré au point de vue fonctionnel, il est perdu; c'est là la notion importante que tous les faits d'autopsie consécutive, aux opérations permettront de vérifier. Et dans ces conditions il n'y a pas à attendre la suppression d'un réflexe qui n'existe pas.

Quant à l'interprétation de M. Monod en ce qui concerne la dégénérescence du rein, elle me paraît très vraisemblable et la pièce est très intéressante.

M. A. BAZY. — Il ne faudrait pas dire que l'anurie calculeuse n'existe que dans le cas de rein unique.

On peut observer l'anurie calculeuse avec deux reins. Les deux uretères sont alors obstrués par des calculs. J'en ai observé un cas.

Présentation d'appareil.

M. PAUL SEGOND. — Au nom de M. Robitschek (de Vienne), je vous présente une gaze chirurgicale tissée de telle façon qu'une bande ou un carré quelconque de l'étoffe offre cette particularité que deux des bords de la pièce ne peuvent jamais s'éfilocher, sans qu'il soit pour cela nécessaire de les ourler.

Outre cet avantage particulièrement précieux pour nos compresses, nos tampons, nos champs opératoires et autres pièces de pansement, la gaze nouvelle se distingue par ce détail de fabrication, qu'elle comprend toujours quatre couches qui la rendent à la fois souple et spongieuse, d'où le nom de gaze tétra proposé par l'auteur.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE ANNUELLE

(1er février 1905.)

Présidence de M. PEYROT.

ALLOCUTION DE M. PEYROT

Président.

MESDAMES ET MESSIEURS,

Au moment de quitter ce fauteuil, je manquerais à toutes les habitudes et à toutes les convenances, si je ne vous adressais point quelques paroles de remerciement. Est-ce à dire que j'obéisse simplement en cela à une tradition courtoise mais banale? Ne le croyez point. La Présidence de la Société de chirurgie m'est toujours apparue comme le véritable couronnement de notre carrière. Le suffrage très restreint qui nous la confère est celui de nos pairs. Avec eux, pas de scrutin de surprise. Les électeurs connaissent leur élu pour l'avoir pratiqué pendant de longues années, et c'est à bon escient qu'ils lui donnent, quand le moment est venu, ce témoignage suprême d'une estime qui ne va pas sans un peu d'affection.

Si les résultats de vos élections présidentielles peuvent être prédits à l'avance, si l'ancienneté semble y jouer un rôle à peu près constant, c'est que l'entrée dans vos rangs comporte un choix sévère et qui ne laisse place à aucun procès en revision. Vous avez de la Société française de chirurgie de Paris une trop haute idée pour y admettre jamais des collègues qui ne seraient pas absolument dignes d'elle. Et parmi vous, dans ce milieu ou l'activité scientifique et la moralité dans l'art sont également honorées, comment s'écarter du droit chemin?

Merci donc encore une fois, du fond du cœur, pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos travaux pendant l'année qui vient de s'écouler.

Peut-être cette faveur m'eût-elle laissé un souvenir moins

reconnaissant, si je n'avais pris à exercer cette fonction un plaisir extrême. C'est avec une véritable joie que j'ai, pendant une quarantaine de séances, suivi vos intéressantes discussions, écouté vos communications, guetté surtout la manifestation des jeunes talents qui, après vous, Messieurs, assurent à la Société de chirurgie une éternité d'honneur.

Ce profit m'est venu sans aucune peine tant votre courtoisie et votre déférence affectueuse ont su faciliter ma tâche. Le plus grand calme a toujours régné dans nos réunions. Jamais la controverse n'a pris une allure regrettable. Jamais un mot malséant. Et pourtant, pourquoi ne pas le dire ? cette sonnette a souvent retenti. Souvent ce couteau à papier a frappé ce bureau pour réclamer un peu de silence. Faut-il donc que toutes les assemblées soient bruyantes, même la vôtre? Je sais bien que certaines communications contiennent des détails un peu longs que l'on peut lire utilement au compte rendu. Je sais que, lorsqu'on se retrouve ici chaque semaine, on a bien des choses à se dire. Mais pourquoi parler si haut? Une parole murmurée à l'oreille ne gêne personne. Hélas! certains murmures sortent de je ne sais quelles caisses sonores où ils acquièrent une amplitude vraiment troublante. Permettez-moi cette dernière prière : écoutez vos orateurs en silence.

L'effigie d'Hippocrate, ce père de la médecine et de la chirurgie, serait bien placée à côté et au-dessus du glorieux barbier qui semble présider à nos travaux; faudra-t-il donc placer à côté d'elle une petite statue d'Hippocrate, le dieu du silence, pour nous rappeler notre devoir ?

Messieurs,

Au cours de cette année, nous avons, suivant l'inexorable loi de la nature, payé à la mort notre tribut habituel. Pourquoi faut-il que si prématurément Lyot nous ait été enlevé? Mon prédécesseur vous le signalait l'année dernière parmi les derniers élus et voici que je viens vous rappeler sa disparition. A peine siégea-t-il quelquefois parmi vous. Il n'a, je crois, jamais occupé le poste qui venait de lui être assigné dans les hôpitaux. Comment n'être pas profondément ému en face de cette ironie cruelle du sort qui emporte en un instant les plus belles et les plus légitimes espérances.

Le professeur Tillaux nous a été ravi par une douloureuse et longue maladie, alors que nous comptions sur sa robuste constitution pour le conserver longtemps encore. Il vient d'être loué

comme il le méritait par notre collègue Reclus, son successeur à la Charité. Je ne puis qu'applaudir à cet éloge. Tillaux fut à la fois un éminent chirurgien et un grand citoyen. Il l'a montré pendant sa vie et après sa mort. Son souvenir vivra toujours parmi nous.

J'avais eu l'occasion, il y a bien longtemps déjà, de voir opérer en Bulgarie, dans les ambulances russes, le professeur Sclifosowsky, de Pétersbourg. L'allure de son esprit, sa façon d'enseigner et de pratiquer la chirurgie, m'avaient paru établir précisément entre Tillaux et lui quelques liens de parenté morale. Nous ne pouvons que regretter de ne l'avoir pas connu plus intimement. Il ne semble pas que Paris l'ait jamais beaucoup attiré.

Parmi nos correspondants nationaux, il faut enregistrer la perte de MM. Gayet, de Lyon ; Jouën, de Nantes, et Mordret, du Mans.

M. Gayet, ancien chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, était né en 1833. La clinique oculaire avait toujours été l'objet de sa prédilection. Aussi, en 1877, fut-il désigné pour occuper à Lyon la première chaire d'ophthalmologie qui ait été créée en France. Il est mort en juillet 1904 d'un accident de voiture.

M. Jouën (François), né en 1836, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef des hôpitaux de Nantes, membre correspondant de l'Académie de médecine, est décédé à Nantes, le 13 avril 1904. Il avait commencé ses études dans cette ville où il fut préparateur de chimie et d'histoire naturelle à l'École des sciences, de 1854 à 1857. Nous l'y retrouvons de retour de Paris, en 1861, comme chef des travaux anatomiques à l'École de médecine. Sa carrière fut longue, laborieuse et bienfaisante.

On peut en dire autant de celle de M. Mordret (du Mans), né en 1822 : M. Mordret, d'abord médecin militaire, se fixa au Mans en 1850. Il exerça la médecine et la chirurgie avec une grande distinction. De nombreuses observations et des travaux ingénieux ont été publiés par lui dans divers recueils. Il fut nommé membre correspondant de la Société de chirurgie et membre correspondant de l'Académie de médecine. Directeur de l'asile des aliénés de la Sarthe depuis 1876, il avait pris sa retraite en 1892; mais son activité intellectuelle ne s'était pas éteinte. Il suivait avec un vif intérêt le mouvement scientifique, et recevait encore quelques clients dans son cabinet. M. Mordret nous a légué un de ses meilleurs ouvrages, son fils, qui, à la suite des dernières élections,

a succédé à son père dans la section de vos correspondants nationaux.

Les vides creusés dans nos rangs ont été comblés par des recrues dont vous pouvez être fiers. MM. Arrou, en mars, Rieffel, en juillet, ont été élus membres titulaires. Vous avez décerné récemment le titre de membre correspondant étranger à un éminent chirurgien anglais, M. Butlin (de Londres). Sa haute valeur scientifique le désignait impérieusement à vos suffrages. Mais, en votant pour lui, beaucoup d'entre vous songeaient aussi à donner un témoignage de profonde et reconnaissante sympathie à celui qui, dans une récente visite des médecins français à Londres, voulut mettre à la disposition de nos compatriotes une bienveillance, une amabilité et une complaisance inépuisables.

Dans la longue liste des candidats à la place de correspondant national, vous avez fait choix de quatre noms qui, du premier coup, ont réuni la grande majorité de vos bulletins. M. Mordret (du Mans) succède à son père ; M. Estor, professeur à la Faculté de Montpellier, nous apporte son concours précieux ; M. Vanverts (de Lille) continuera à nous adresser les travaux intéressants auxquels il nous a habitués. Enfin, le titre de membre correspondant ira encourager notre ancien collègue de l'Internat de Paris, M. Fontoynont, qui, sur la terre malgache, exerce au grand profit de notre chère patrie l'apostolat de la science et du dévouement.

Nous voici donc prêts pour de nouveaux travaux. Laissez-moi vous souhaiter que ces travaux soient toujours plus nombreux, plus féconds, plus glorieux pour vous et pour la Société française de chirurgie de Paris.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1904,

par M. TUFFIER, secrétaire annuel.

Messieurs,

Si vous voulez bien jeter un coup d'œil sur le rayon de votre bibliothèque où repose la collection des bulletins de notre Société, vous constaterez que chacune de ces dernières années s'affirme par une augmentation progressive et continue de chaque volume. La cause de ce développement incessant ne sera pas sans vous inquiéter, habitués comme vous l'êtes, à savoir qu'il peut-être aussi bien dû à une hypergenèse excessive d'un système adipeux encombrant, qu'à l'hypertrophie saine et utile d'une harmonieuse musculature. Votre perplexité disparaîtra bien vite, si vous voulez ouvrir un de ces volumes et en disséquer le contenu. Vous constaterez que sa croissance en épaisseur (la seule qui lui soit permise) n'est pas due à une facheuse obésité, mais bien à l'augmentation de la substance active, utile et vivante.

C'est qu'en effet vos bulletins sont marqués au coin des modifications qui caractérisent la littérature chirurgicale actuelle : Aller droit au fait, l'exposer avec une concision qui n'exclue cependant ni la clarté, ni même l'élégance, préciser une conclusion brève et nette, telle semble être la formule générale que vous vous êtes imposée pour le plus grand intérêt du lecteur et le meilleur progrès de la science elle-même.

*
* *

En voulez-vous une preuve : Prenons la question de l'**anesthésie chirurgicale**, question toujours pendante, toujours discutée et que vos communications vont sinon révolutionner du moins profondément modifier.

C'est dans le *mode d'administration du chloroforme* que les progrès sont tentés. A la compresse, derrière laquelle le mélange de chloroforme et d'air se fait un peu au petit bonheur, mais dont les droits d'ancienneté excusent encore l'emploi et justifient le plaidoyer que Potherat lui a vouée en souvenir de Gosselin, on

veut substituer un instrument, qui *dose* et qui *titre* d'une façon précise et scientifique le *mélange anesthésique*, exactement nécessaire au sommeil. C'est le rêve de Paul Bert réalisé après vingt années. Deux appareils étrangers nous ont été présentés, le premier sous le nom de deux élèves de von Bergman, Roth et Drœger, par M. Guglieminetti et M. Kirmisson ; il a été essayé par Delbet, Jalaguier et Quénu ; le second appareil, de Vernon-Harcourt, a été importé de Londres par Monprofit. L'esprit scientifique qui n'est qu'une des expressions du caractère se traduit bien dans ces deux appareils. L'appareil allemand, compliqué, lourd et massif, mais donnant *le mélange reconnu le plus inoffensif, du seul oxygène* avec les vapeurs de chloroforme ; l'appareil anglais, scientifiquement moins précis, mais beaucoup plus maniable, plus simple, plus pratique, employant l'*air ordinaire* comme véhicule des vapeurs toxiques. L'absence d'agitation du malade, la régularité du sommeil, le maintien de la circulation normale, la diminution des vomissements post-opératoires, seraient autant de bénéfices obtenus. Votre discussion encore ouverte nous dira leur valeur, mais je crains bien que la compresse, même bien maniée, n'ait vécu.

Dans le même but anesthésique mais en partant d'un principe tout différent, M. Desjardin, un élève du Dr Terrier, nous signale les effets de la *scopolamine* dont les injections répétées avant l'opération provoquent une analgésie parfaite.

Pendant que l'anesthésie générale bénéficiait de ces progrès, *l'anesthésie locale et régionale* gagnait du terrain, *la stovaïne*, produit synthétique découvert en France par Fourneau, se substituait à la cocaïne. Le professeur Reclus nous montrait ses avantages de faible toxicité en matière d'*anesthésie locale*, et Chaput, dans un mémoire très étudié, nous donnait consciencieusement ses résultats dans la *rachie-anesthésie* qu'à son instigation j'avais également essayée. Notre collègue à plaidé pour cette méthode « peut-être trop sévèrement condamnée » et qui, grâce à ce *fait nouveau*, m'a tout l'air de marcher vers sa réhabilitation comme le pense de Vlaccos. Je ne vous dirai pas avec quel intérêt j'ai suivi ces recherches, mon intérêt vous importerait peu, celui de nos malades est notre seul but et la sécurité dans l'anesthésie est le meilleur moyen d'éloigner de pesantes responsabités et de lourdes et constantes préoccupations.

Eh bien, messieurs, toutes ces rénovations capitales de l'anesthésie ne tiennent pas quinze pages de ces bulletins. Vous voyez que les longs discours ont déserté cette enceinte.

*
* *

Désirant avant tout grouper nos travaux autour des grandes questions de pathologie chirurgicale, vous m'excuserez de ne faire que signaler ici les questions de **technique opératoire pure**, elles se prêtent mal à un compte rendu. Je vais donc vous en donner un aperçu en suivant les régions que l'anatomie nous impose.

Il me faudrait une longue description si je faisais autre chose que vous dire simplement : la *palatoplastie* est très bien faite *en deux temps* par MM. Ehrmann et Félizet, surtout chez les enfants de moins de quatre ans et chez ceux dont la muqueuse palatine est particulièrement mince, et *en un seul temps* par Reverdin et sa nouvelle aiguille, par Delbet et par Broca; ce dernier trouve inutile le miroir frontal qui éclaire si avantageusement la réfection des palais de M. Sebileau.

Que vous dirai-je de la technique pour l'extraction des *corps étrangers des bronches* au moyen du bronchoscope de Kilian ou de l'électro-aimant? Meunier a réussi à extraire ainsi un clou dont Ricard nous a relaté l'histoire. Pierre Sebileau a fait remarquer à ce propos que le bronchoscope est un admirable instrument, mais qu'il n'est pas d'une application très simple ni très facile.

Pour les *corps étrangers œsophagiens et récents*, quand il s'agit de pièces de monnaie, vous avez un excellent instrument, *le crochet de Kirmisson*, qui a l'approbation de Michaux, de Faure, de Jalaguier; mais Broca se sert encore du dangereux panier de Grœfe qu'il manie habilement, Félizet préconise une manœuvre ingénieuse, et retire le panier en faisant précéder son retour d'une éponge montée sur une bougie de baleine et placée en avant du corps étranger, le tout constituant *un train de marchandises* dont la traction doit être discrète et prudente. L'*œsophagotomie* est presque toujours nécessaire quand il s'agit de corps étrangers *anciens*, *irréguliers* et de dentiers. Guibal nous a donné une nouvelle preuve de sa bénignité, et j'ai appuyé cette conduite.

Je ne puis pas davantage entrer dans le détail *de la jéjunostomie en Y* dont le rapport de Schwartz sur une observation de Riche a bien fixé le manuel opératoire et dont Quénu, Tuffier, Hartmann, Walther, Terrier et Lejars ont limité les indications que Maydl avait trop étendues, et je vous rappelle seulement que la *gastro-entérostomie*, étant considérée comme peu efficace dans les *ulcères hémorragiques* par Quénu, Tuffier, Hartmann, la jéjunostomie trouvera peut être là quelques indications.

En suivant le péristaltisme intestinal, je vous signale la *resec-*

tion du gros intestin en deux temps, extériorisation et résection de la tumeur, puis fermeture de l'anus contre nature. Hartmann et Quénu ont discuté la valeur de ce procédé, et nous trouvons plus bas le *procédé de Djemil* pour l'ablation des *hémorrhoïdes.*

Dans une courte note M. Quénu a attiré l'attention des chirurgiens sur la possibilité d'opérer aisément les *kystes hydatiques* du foie à l'aide de très petites incisions de la paroi abdominale, c'est-à-dire des incisions de 3, 4, 5 centimètres au maximum.

Les *malformations de l'appareil génito-urinaire* nous ont valu quelques nouveaux procédés qui sont de réels progrès. L'*hypospadias* toujours si rebelle à nos interventions semble trouver dans la *méthode de Beck*, c'est-à-dire par la dissection du canal, mal formé et suturé dans un tunnel creusé dans le gland, méthode appliquée par Villemin, défendue par Félizet et Kirmisson, un véritable progrès, une thérapeutique réellement et rapidement efficace et supérieure au canal formé *par le demi-prépuce* qu'ont défendu Gaudier et Colle par le rapport de Picqué.

Les malformations, constituées par l'*imperforation vaginale* ou *utérine* autrefois réparées par voie vaginale, seraient, d'après Faure, Lejars, Hartmann et moi, justiciables d'une laparotomie avec réfection du canal utéro-vaginal de haut en bas. J'ai ajouté que la *peau* d'un membre pouvait être appliquée « à la Nové Josserand » pour en faire un canal utéro-vaginal. Mon opérée, depuis six mois, est en parfait état.

Enfin l'*hydronéphrose* n'est pour M. Bazy que la conséquence d'une malformation urétérale.

Ce que je vous esquisse à grands traits pour les différentes régions de l'organisme, je pourrais vous le montrer pour tous les tissus, qu'il s'agisse de la suture *du nerf radial*, branche motrice postérieure (observation de Bonnet rapport de Lejars et annotation de Rieffel), ou de l'*extirpation des anévrysmes* dont Monod, Arrou, Guinard, Th. Auger, Ricard, Delbet, Bazy, Potherat ont apporté de nouveaux exemples. Enfin, vous avez repris la question des *sutures latérales pour plaies des grosses artères* dont Djemil nous a entretenus ; ce procédé semble, pour la *carotide primitive* du moins, n'avoir pas de gros avantages sur la ligature reconnue inoffensive dans les cas où l'arbre artériel est normal. Tel est du moins l'avis de Guinard, Kirmisson, Faure, Tuffier, Ricard et Reynier; la suture reste donc applicable aux petites plaies des gros vaisseaux facilement accessibles.

Je vous signale ces faits pour vous rappeler leur importance et pour bien démontrer que toutes les branches de la chirurgie ont été atteintes et développées dans vos discussions.

*
* *

Votre concision, votre désir de l'exposition des seuls faits nous a permis de grouper dans ce gros volume annuel 45 communications, 38 rapports, 57 présentations de malades, 45 présentations de pièces, 13 exposés d'instruments nouveaux; c'est un ensemble qui prouve la vitalité de notre organisme social, et c'est une proportion qui démontre l'équilibre parfait de sa constitution. De tous ces travaux, les uns ne font que *confirmer* et renforcer des principes ou des méthodes déjà acceptés, les autres sont destinés à l'étude de *faits nouveaux* et comme tels discutables et discutés. Le départ entre ces deux catégories s'impose et vos bulletins sanctionnent mon opinion à leur égard; vous laissez passer les premiers dans un honorable silence; pour les autres, au contraire, qu'il s'agisse de traumatismes, d'infections ou de tumeurs, vous donnez libre carrière à vos discussions. En secrétaire fidèle, je dois suivre vos tendances et devenir l'interprète de vos préférences.

Je vous suivrai donc successivement dans vos études sur les **tumeurs**, les **infections** et les **traumatismes**.

*
* *

Si, pris d'un de ces désirs trop rares d'exégèse, vous voulez bien parcourir la belle littérature que les chirurgiens orateurs du siècle dernier ont consacrée dans nos bulletins à la question du **cancer**, et si vous passez brusquement de cette séduisante lecture à celle des discussions qui ont eu lieu cette année même, vous serez frappé par la divergence radicale qui sépare la forme de ces discours. A la brillante exposition des doctrines au milieu desquelles apparaissaient quelques rares démonstrations scientifiques, vous avez substitué la méthode convaincante des chiffres, les observations nettes et précises dont vous discutez le nombre et la valeur; en un mot, et c'est bien là un signe des temps, nous sacrifions *tout à l'utile*.

S'agit-il de la **pathogénie des tumeurs et de leurs rapports réciproques?** Notre ancien président Richelot, à propos des coïncidences entre les *fibromes et les cancers de l'utérus*, nous a fait revivre un instant les théories et l'éloquence de Verneuil, mais il s'est basé uniquement sur des observations. Malgré ce nouvel

assaut appuyé par Reverdin, il n'a pu ébranler notre incrédulité. Beurnier, Ricard, Routier, Bazy, Tuffier admettent ici une coïncidence et non une relation de cause à effet; ils n'admettent pas la nécessité dans les fibromes d'une *hystérectomie toujours totale* d'autant plus que cette ablation même totale peut être suivie de *cancer du vagin.*

S'agit-il de la thérapeutique du **cancer**? Combien de discours académiques, aussi impeccables de forme que dépourvus de valeur scientifique, n'ont-ils pas été prononcés sur cette passionnante et décevante question?

En deux pages, le professeur Poirier nous démontre, avec deux opérés à l'appui, que le plus grave, le plus atroce et le plus impitoyable des néoplasmes, *le cancer de la langue* peut être arrêté dans son évolution pour deux et trois ans par l'*exérèse*, mais par une exérèse plus complète que celle de nos devanciers pour lesquels cependant M. Labbé réclame quelques souvenirs. L'extirpation de la langue puis des deux chaînes ganglionnaires sous-maxillaires et carotidiennes sans toucher au plancher de la bouche, mais surtout la poursuite *logique*, *anatomique*, *lymphatique* de la tumeur peuvent conduire au succès et à un succès durable. Sébileau et Faure en sont convaincus, et approuvent ces courageuses tentatives. Quénu et Walther enlèvent largement les ganglions mais ils nous avouent que les résultats ne sont pas toujours très brillants. Ricard fait remarquer que l'ablation est incomplète puisque le plancher buccal conserve des lymphatiques cancérisés. M. Berger fait la même objection et y ajoute la gravité des délabrements qui lui font préférer la section médiane du maxillaire et l'enlèvement en bloc de la langue et des ganglions, Hartmann agit de même. Walther fait quelques restrictions, et Segond et Pozzi en appellent de ces guérisons ainsi assurées et qui attendent encore leur démonstration. Il ressort de cette discussion que, si la longue survie des opérés est rare pour le cancer de la langue, elle existe cependant et cette notion relèvera notre conviction bien chancelante, et servira certainement à nous faire opérer plus soigneusement et plus complètement ces néoplasmes.

En face de l'éradication, thérapeutique unique et absolue du cancer, se sont élevées deux méthodes issues des découvertes modernes. Toute ramification nouvelle dans l'arbre de la science retentit directement sur l'essor des rameaux voisins; c'est aux branches physiques et biologiques que nous devons aujourd'hui les deux agents qui tendent à disputer à l'omnipotente exérèse la thérapeutique des tumeurs. La *radiothérapie* prétend guérir certains néoplasmes, et la *sérothérapie* veut modifier notre orga-

nisme et prévenir au moins la récidive, soit en supprimant certaines sécrétions internes comme celle des ovaires, soit en introduisant de vive force dans le sérum des produits nouveaux. Voilà de quoi révolutionner toute la chirurgie, et faire de l'année 1904 la plus fructueuse, la plus mémorable, la plus méritante envers l'humanité. Hélas! cette suggestive guérison du cancer à laquelle le monde scientifique tout entier est suspendu, a miroité bien souvent à nos yeux, puissions-nous cette fois n'être plus l'objet de décevantes illusions!

Les observations qui ont été apportés à notre tribune et les guérisons de malades présentées successivement par Tuffier, Monod, Béclère, Lejars, Walther démontrent l'efficacité *incontestable des rayons X contre les épithéliomas bénins et les cancroïdes de la face.* Mais ces cancroïdes, nous les guérissons déjà par l'ablation sanglante, le feu et les caustiques, le nouveau traitement ne donnerait donc que des cicatrices plus souples, acquises sans douleurs, sans danger, mais au prix d'une lente thérapeutique; il serait précieux dans tous les cas où l'étendue des lésions et l'état général du sujet ne permettront pas une cure rapide. En dehors de ces faits spéciaux, les rayons X possèdent une seconde propriété nettement démontrée; ils agissent sur les parties superficielles des *vraies ulcérations cancéreuses*, surtout des récidives de cancers du sein, et en amènent la cicatrisation. Enfin, *certains sarcomes* rétrocèdent sous leur influence. M. Béclère nous a montré un malade, témoignage vivant de cette régression d'un sarcome orbitaire deux fois récidivé et inopérable. C'est donc là un fait acquis. Mais entre cette *régression* vraiment indiscutable et souvent étonnante, car il s'agit bien là d'une simple régression comme Walther, Ricard, Kirmisson et Tuffier l'ont montré, *entre cette cicatrisation et la guérison* d'un néoplasme, il y a un abîme que nous n'avons pas franchi, et que les faits de propagation profonde des tumeurs en voie de traitement démontrent loin d'être comblé. Cependant, les propriétés mystérieuses de la matière radiante, qui, dès leur avènement, nous donnent la radioscopie avec la localisation des corps étrangers, qui bouleverse nos idées sur la réduction des fractures et qui par la radiothérapie guérissent des épithéliomas, cachent peut-être dans leurs rayons encore naissants d'inestimables surprises et des faisceaux abondants de résultats thérapeutiques! Ces premiers succès nous permettent de l'espérer.

Ce n'est plus par action directe, par destruction, mais par *une modification dans la constitution de nos humeurs* que veulent agir, par deux procédés absolument dissemblables, Reynès en pratiquant la castration ovarienne, et Doyen en injectant un sérum. Ces

recherches si divergentes en apparence s'imposaient. Elles résument toujours le même dilemme de physiologie pathologique : détruire les germes ou stériliser le terrain. L'éradication large et précoce est l'agent des premiers, *la constitution d'un terrain impropre au développement du processus cellulaire* est le but des seconds. De fait, il n'existe peut-être entre l'homme sain et l'homme cancéreux qu'une différence de quelques milligrammes d'une toxine dans la composition de leur sérum. Reynès en supprimant la sécrétion ovarienne, par double castration, a vu et nous a montré une malade bien nettement cancéreuse et cancéreuse des deux seins, dont le néoplasme était non pas guéri, mais réduit à un *petit noyau cancéreux* et cela depuis un an. Guinard, avait déjà rapporté une observation analogue ; c'est là un fait curieux, inexpliqué, mais qui ne peut être considéré comme applicable à tous les cas puisque Routier et moi-même n'avons rien obtenu ni constaté de semblable. Je ne puis m'empêcher de rapprocher ces conclusions de celles auxquelles arrivait M. Richelot, et de vous exprimer notre perplexité en voyant à quelques semaines d'intervalle deux de nos collègues démontrer l'un, que la suppression du corps utérin et des annexes peut être suivie de cancer du col, l'autre, que la simple castration ovarienne peut au moins faire rétrocéder un cancer du sein. C'est à coup sûr un sujet de troublantes méditations.

Doyen veut également *modifier le sérum sanguin* non plus en lui supprimant certains affluents, mais en faisant pénétrer de vive force dans l'organisme des toxines et des vaccins. Un *microceus néoformans*, hôte habituel, mais non exclusif des néoplasmes, en serait le *primum movens*. Votre Commission nommée pour examiner les résultats obtenus sur les malades qui vous ont été présentés, nous donnera ses conclusions. Mais quelles qu'elles soient nous pouvons dire que d'ores et déjà le monde entier se préoccupe et à juste titre de cette thérapeutique du cancer. De toutes parts les chercheurs et les curieux de la nature s'attaquent avec une ardeur jusqu'alors inconnue à cette intangible maladie aux pieds de laquelle tous nos efforts se sont échoués avec une désespérante continuité.

Mais descendons, un peu à regret, des sphères élevées de la pathologie générale des tumeurs, de leur nature, de leurs relations et de leur thérapeutique, pour aborder le second grand problème, si brillamment étudié et presque résolu par la chirurgie moderne : **les infections.**

Tous nos progrès, tous nos succès actuels, toute notre sécurité opératoire, toute notre puissance chirurgicale sont dus au *traite-*

ment préventif des infections; nous sommes beaucoup moins armés, nos résultats sont bien moins brillants et nos succès bien plus discutables, quand l'infection est constituée et que notre traitement doit être *curatif*, c'est donc à ce double point de vue que je rendrai compte de vos travaux. L'antisepsie et l'asepsie opératoire ne sont qu'un traitement préventif mais les progrès réalisés de ce côté sont tels que, dans la présente année, vous n'avez pas cru devoir agiter ces grandes questions.

Cette thérapeutique *préventive* n'est guère représentée que par deux questions. La préservation du *tétanos* par l'injection du sérum antitétanique, étudiée à nouveau par Potherat, discutée par Lucas-Championnière, Bazy, Walther, Terrier, Rochard, Delorme, nécessite la répétition des injections environ tous les dix jours, mais au point de vue *curatif* la sérothérapie reste discutable, les doses, l'usage de l'injection intra-rachidien ou cérébral, l'adjonction du chloral et de la morphine sont autant de questions à l'étude. Dans le même but de *préserver* le champ opératoire contre l'infection, Rochard a étudié ce qu'il appelle l'*ablation de l'utérus en vase clos*. Pour se mettre en garde contre l'infection péritonéale dans les cas d'hystérectomie pour fibromes gangrenés, il enlève l'utérus avec une partie du vagin, en maintenant le vagin fermé. Après avoir dégagé l'utérus de ses attaches supérieures, il place quatre pinces coudées en L sur le conduit vaginal, deux à droite, deux à gauche, et il sectionne entre les quatre pinces supérieures et les pinces inférieures.

Lorsque l'*infection est constituée*, quelle que soit sa nature, son siège, sa forme, sa virulence, notre thérapeutique doit être *curative* et pour cela trois méthodes s'offrent à nous et vous les avez toutes trois étudiées : la *destruction in situ* du processus virulent, son *évacuation*, par drainage, l'*exérèse* totale du foyer morbide.

La destruction, sur place, du foyer virulent par un agent modificateur est représentée dans nos bulletins par une communication de Chaput qui nous a montré les avantages du *peroxyde de zinc* qui crée dans les plaies infectées un dégagement continu d'oxygène à l'état naissant et surtout par la discussion sur l'emploi du *naphtol camphré* dans la thérapeutique des abcès froids. Notre collègue Guinard a fait passer un mauvais quart d'heure à ce dernier mode de traitement, il l'a accusé d'être une cause d'*accidents* fréquents, graves et même mortels quel que soit le mode d'injection, quel que soit l'âge et la constitution des malades et la nature de la maladie, quelle que soit la dose employée. Et de fait, il nous apporte à l'appui de son opinion, d'abord six cadavres recueillis dans la pratique de plusieurs chirurgiens, puis deux cas

de mort qui lui sont adressés par Millon et un autre tiré de la pratique de Calot. M. Périer a défendu le naphtol comme le dernier-né de son service, il le déclare avec Nélaton, Reboul et Moty inoffensif sous la condition qu'il ne soit injecté ni à doses élevées ni sous pression, ni au contact d'une surface cruentée ou d'un vaisseau rompu. Ce dernier accident peut être diagnostiqué, nous dit Quénu, en tenant compte de ce fait que l'évacuation de l'abcès est suivi alors d'un écoulement sanguin ; malgré cela, Lucas-Championnière et Kirmisson préfèrent en rejeter l'emploi. En vain Calot a jeté dans la balance le résultat de ses 50.000 injections avec 2 morts, cet invraisemblable chiffre ne vous en a point imposé ; il n'a point suggestionné Guinard qui, après l'avoir bien pesé, l'a trouvé beaucoup trop léger pour faire fléchir la rigueur de ses conclusions.

Notre second moyen thérapeutique, le *drainage*, le fameux drainage de Chassaigne, reste toujours le plus puissant de nos moyens d'action.

Le point où il faut l'appliquer peut seul donner lieu à quelque nouvel emploi. C'est ainsi que Chaput vous a proposé, après Gerster et Stimson, Richardson et Jaboulay, le *drainage par voie rectale de certaines collections pelviennes d'origine appendiculaire.* Vous avez ainsi un trajet déclive obtenu par une opération insignifiante et qui guérit en huit jours. Reynier en est partisan et d'ailleurs, comme Félizet le faisait remarquer à propos de l'observation de Creynaert, c'est une voie naturelle que peuvent prendre spontanément des collections pelviennes pour le plus grand bien des malades.

C'est surtout à propos des *infections hépatiques d'origine biliaire* que vous avez soulevé cette question de drainage. Mignon vous a rapporté un cas d'infection hépatique grave avec hyperthermie, stupeur, albuminurie qui céda à la suite du cathétérisme et du drainage des voies biliaires par cholécystostomie. Lejars vous a signalé un cas semblable suivi d'une guérison remarquable. Delbet, Hartmann, Tuffier, Reynier se sont montrés très partisan du drainage des voies biliaires dans les angiocholites infectieuses. Lucas-Championnière, à ce propos, vous a montré que, dans un certain nombre de cas mal déterminé d'infection hépatique, des interventions moins complètes peuvent aussi se terminer par la guérison sans qu'on puisse toutefois donner de cette guérison une explication bien catégorique. Ayant opéré une femme ictérique avec 39 degrés et des frissons pour aller à la recherche d'un calcul, *il ne trouva rien, referma le ventre,* sans faire ni ouverture, ni drainage des voies biliaires, la malade guérit sans incident.

Denis, chirurgien de l'Hôpital français de Constantinople, vous a envoyé sur ce sujet l'observation fort intéressante d'un marin entré à l'hôpital avec des phénomènes d'infection hépatique grave avec ictère, fièvre, augmentation du volume du foie, et qui guérit à la suite d'une simple laparotomie. Delbet, Michaux, Tuffier vous ont mentionné plusieurs cas d'infections hépatiques guéries à la suite d'interventions d'un caractère purement *explorateur*. Lejars, Reynier, Hartmann ont vu également des faits remarquables d'amélioration, d'affections hépatiques mal définies à la suite d'une simple laparotomie.

En général, dans ces interventions sur les voies biliaires on pratique le simple drainage. Ce *drainage ne peut-il pas être perfectionné* en portant au dehors les produits drainés, souvent septiques et toujours nuisibles à la réunion *per primam* des plaies opératoires? Lejars nous a rapporté d'Halberstadt la méthode de Kehr pour le drainage des voies biliaires, drainage qui cherche dans *le canal hépatique* la bile souvent septique et la porte par un long tube en dehors du pansement dans un récipient aseptique, pendant ce temps la paroi addominale se cicatrise sous un seul pansement et nous n'avons plus ces compresses inondées de bile dans lesquelles macéraient le champ opératoire et souvent le malade. Delagenière a apporté une observation nouvelle à l'appui de la valeur thérapeutique du drainage du canal hépatique par la méthode de Kehr. Delbet en est partisan. Ce procédé est d'ailleurs imité de ce que nous faisions tous depuis longtemps pour le drainage de la vessie ou du rein et à coup sûr, dans certains cas, un perfectionnement. Quénu, Ricard, Routier ne voient dans le procédé de Kehr qu'une modification du drainage du cholédoque ; le point important de la méthode est la « *non-suture* » du canal cholédoque et cette non-suture est même discutée par Hartmann et Delbet.

J'arrive au troisième moyen thérapeutique l'*éradication du foyer infectieux comme méthode curative des infections*. Cette extirpation a été l'objet de vos études dans deux processus qui ont plus que des rapports anatomiques communs, car leur pathologie, leur évolution clinique et leur traitement après avoir semblé fort éloignés l'un de l'autre se sont peu à peu rapprochés, au point de confondre leur physiologie pathologique, je veux parler de l'*appendicite* et des *annexites utérines*.

L'entente paraît bien près de se faire sur leur thérapeutique, l'éradication à froid de l'appendice ou du salpinx rallient après des fluctuations diverses la grande majorité de vos suffrages et le vieil adage « *ubi pus ibi incisio* » semble avoir vécu. Il semble

que le péritoine si justement redouté de la chirurgie opératoire, si injustement accusé d'insuffisance défensive contre l'infection, soit au contraire de tout les systèmes anatomiques le mieux armé pour la lutte, le plus apte à combattre à localiser et à éteindre son processus microbien, le plus habilement constitué pour une phagocytose intense suivant l'expression de nos biologistes. Ces faits sont si bien acquis que c'est moins la thérapeutique que le *diagnostic* qui vous a préoccupé. La thérapeutique n'a guère été discutée que dans la communication de Kirmisson sur les difficultés causées par la *ptose du côlon transverse* dans l'appendicectomie, d'où l'efficacité du plan incliné comme le veulent Walther, Tuffier, Delbet, Schwartz, Quénu; *le diagnostic* a donné lieu au contraire à une longue discussion.

Dans une importante communication, Guinard vous a montré *sous quels traits méconnaissables pouvait se dissimuler une appendicite chronique.* Pour ces appendicites dans lesquelles l'élément douleur est souvent le seul élément du diagnostic, il a forgé pour bien mettre en lumière la valeur de ce symptôme le nom d'*appendicalgie.* Le caractère objectif de l'appendicalgie est la fixité immuable d'un point douloureux, dans la région ileocæcale. Si on cherche ce signe avec attention on le retrouvera dans nombre d'affections douloureuses de l'abdomen ; dysménorrhée, fibromes, métrite des jeunes filles, rétroversion et déviation utérines, tumeurs ovariennes, hernies, reins mobiles, coliques hépatiques, coliques néphrétiques, dyspepsies, entérite muco-membraneuse et on attribuera à chacun de ces états pathologiques les douleurs qui en réalité siègent au niveau de la région appendiculaire. Ces malades, ces « irréguliers du ventre » qui ont souvent subi des opérations pour la lésion constatée, *et regardée comme la cause des douleurs, ne sont guéris que par l'ablation de l'appendice.* Guinard nous a conté à l'appui de sa thèse maintes odyssées médico-chirurgicales qui ne se terminèrent que par l'appendicectomie, et il a insisté auprès de vous sur la nécessité, lorsqu'on pratique une laparotomie, de ne jamais refermer le ventre sans s'être assuré que l'appendice n'est pas malade.

Ces faits connus de vous tous, mais qui n'avaient pas encore été synthétisés, furent analysés, commentés et discutés. Quénu les a soumis à une critique serrée pour ne pas laisser à l'appendicalgie l'omnipotence univoque de toutes les algies abdominales. Berger nous a rappelé que les hernies, même bien contenues, peuvent être le siège de douleurs plus ou moins vives, et que hernie douloureuse ne veut pas dire nécessairement hernie compliquée d'appendicite. Moty a établi également la fréquence des appendicites chroniques méconnues, mais n'a pas vu la nécessité

de créer un mot nouveau d'appendicalgie pour désigner simplement la douleur appendiculaire. Lejars a discuté la signification du symptôme douleur dans l'appendicite ; il a montré que la douleur pseudo-appendiculaire peut traduire toute une série d'affections qui n'ont rien de commun avec l'appendicite proprement dite, et il nous a cité l'appendicectomie pour fièvre typhoïde au début; aussi nous a-t-il mis en garde contre le danger de s'appuyer sur un seul symptôme pour apprécier les problèmes si complexes que soulève l'appendicite. Potherat a rapporté plusieurs cas à l'appui de la thèse soutenue par Guinard. Picqué a signalé à votre attention une catégorie de malades trop peu connue des chirurgiens, les hypocondriaques, « les obsédées du ventre », qui souffrent toute leur vie et sur lesquelles la chirurgie s'exerce en vain. Chez ces malades, on peut constater des douleurs appendiculaires, mais l'appendicectomie ne les guérira pas plus que le curettage et les résections de l'ovaire ne les guérissaient de leurs névralgies pelviennes. Walther a réclamé pour les troubles digestifs et la dénutrition si bien étudiée par notre regretté Brun, une part prépondérante dans le diagnostic des appendicites chroniques ; alors que la douleur spontanée n'a aucune importance, seule la douleur provoquée comporte une valeur séméiologique. Elle doit être iliaque, car son siège plus élevé appartiendrait selon Bazy à un pyélite ou à une pyélonéphrite. De cet intéressant débat qui établit deux points; la *fréquence des appendicites chroniques* fréquence que j'avais établie avec Jeanne et Ducatte par des autopsies et l'*instabilité de leur symptomatologie*, une vérité pratique s'est surtout dégagée : *Dans toute laparotomie, il faut inspecter l'appendice et le supprimer s'il est quelque peu anormal ou même si normal il se présente facilement dans le champ opératoire.* Si après cette discussion on se livre à quelques opérations inutiles, Guinard en prend la responsabilité et « adresse par avance aux malades ainsi privés à tort de leur appendice les hommages consolateurs des innombrables opérés qui auront bénéficié de l'intervention. »

Peut-être aurions-nous besoin maintenant de faire la contrepartie de cette communication et d'étudier de plus près les *appendicophobies* dont Pozzi s'est constitué le parrain, et surtout les conditions dans lesquelles une appendicite guérie nécessite le *traitement préventif* d'une nouvelle infection. Je vous ai dit qu'à cet égard, les appendicites de gravité exceptionnelle étaient rarement suivies de récidive.

L'*ablation des annexites*, comme thérapeutique *préventive* d'une infection et *curative* des accidents *mécaniques* actuels, semblait un fait acquis, et la question sommeillait depuis longtemps elle

n'a été réveillée que par la communication de notre collègue Faure qui nous a dit à propos de six observations de Michel (de Nancy) décrit les différents procédés d'extirpation de l'utérus et des annexes, et surtout son procédé par *incision médiane*. Schwartz nous a dit tout le bien qu'il pensait de ce procédé et Ricard a fait remarquer qu'un chirurgien en face d'une annexite suppurée doit avoir à sa disposition toutes les ressources de son art, et il n'est point de procédé applicable à toutes les variétés de lésions pathologiques.

Le *drainage et l'extirpation* curative ou préventive, sont nos deux grands moyens d'éteindre les infections ; ces deux méthodes que nous venons d'envisager séparément *peuvent et doivent dans certains cas s'associer*, et la raison en est très facile à saisir. Si vous drainez un foyer dont les parois soient *rigides*, *inextensibles*, *anatomiquement et normalement fixes*, un sinus de la face, par exemple, ou *pathologiquement irréductibles*, comme la cavité thoracique doublée d'un poumon rétracté, couvert d'une plèvre lardacée et définitivement fibreuse, votre foyer ne pourra être tari, votre drainage est destiné à durer autant que le malade : ce sont les conditions physiques de ces suppurations qui éternisent l'infection. L'extirpation du foyer est indispensable. Jeanne (de Rouen) nous a montré une fois de plus les bons effets du désossement de la cage thoracique et de la décortication du poumon dans ces vieux empyèmes et Bazy a rapporté un fait analogue.

Pour les *cavités entièrement osseuses* comme les *sinus frontaux*. M. Berger, à propos d'un mémoire de Luc sur la méthode de Killian, nous a montré que l'extirpation de la paroi osseuse antérieure du sinus donnait d'excellents résultats. Sebileau nous a dit comment devaient être opérées ces sinusites. Quénu, Toubert et Terrier, guidés par les saines notions du drainage en général avaient employé depuis longtemps cette résection et le curettage de la cavité pour remédier à son irréductibilité et rendre possible la coalescence des parois. Chaput a critiqué le procédé de Kilian ; il a trouvé que la ligne d'incision de Kilian est trop étendue, que la résection de l'os nasal et de l'apophyse montante est inutile ; il vous a décrit son procédé personnel sous le nom de *Procédé ostéoplastique avec ouverture des deux sinus et drainage nasal maximum*.

Les traumatismes ont toujours été le point de départ, la base, la raison d'être de la chirurgie ; c'est qu'ils s'adressent à l'homme sain et qu'il est autrement intéressant pour nous, autrement important pour la société de lui rendre un sujet valide pour de longues années, que de prolonger la vie d'un cancéreux.

Vous avez étudié cette année le *mécanisme et le traitement de certaines fractures diaphysaires.* Il semble que dans ces deux questions aussi vieilles que la chirurgie on ne puisse arriver qu'à des exhumations; c'est bien, et ce sera au contraire l'une des préoccupations les plus certaines de la chirurgie moderne?

A vrai dire, c'est une *nouveauté mécanique* qui a servi de thème à une étude nouvelle du mécanisme de certaines fractures. La *mise en marche des automobiles*, cette mise en marche par la main de l'homme, peut être le point de départ d'accidents curieux et graves. Lucas-Championnière, Tuffier, Walther, notre regretté Lyot vous les ont décrits et Sebileau y a joint une auto-observation fort intéressante. Le *retour brusque de la manivelle* qui sert à la mise en marche, retour brusque, qui vient renverser la paume de la main ou frapper l'avant-bras, voilà le coupable. Ce retour brusque peut *renverser la main* sur la face dorsale du poignet et provoquer soit une fracture du radius par arrachement, soit une simple entorse du poignet, entorse extrêmement douloureuse, soit une élongation même du poignet dont tous les ligaments sont rompus. Ce n'est là qu'un premier mécanisme. La manivelle peut venir *frapper transversalement* l'avant-bras et la fracture a lieu par cause directe. Ces accidents sur lesquels il était indispensable d'attirer l'attention deviendront moins fréquents et disparaîtront avec les perfectionnements de la mécanique.

En dehors de cette question toute d'actualité, vous avez continué vos études sur la *thérapeutique des fractures diaphysaires*, surtout *à propos des fractures de cuisse.* Depuis que j'ai démontré ici même les pièces en mains en 1900 notre impuissance de réduction parfaite des fractures des membres, la vérité tend à s'établir, nous avons bien encore entendu parler de ces fameux allongements qui devaient démontrer l'action extensive, trop extensive des appareils, mais personne n'est venu nous en apporter un seul exemple. La réparation *ad integrum* est toujours aussi rare, si on compte sur la seule *extension progressive* qu'il s'agisse des appareils de Hennequin ou de Tillaux dont Labbé, Nelaton, Delbet, Schwartz, Felizet, Quénu, Hartmann et nous même *avons discuté à nouveau* les indications et l'efficacité. M. Heitz Boyer, a doté notre arsenal d'un nouvel et puissant appareil, muni de coussins en caoutchouc remplis d'eau et protecteurs des parties molles. Les résultats semblent plus heureux, si nous en croyons les résultats présentés ici par lui-même et par Delbet, Schwartz et Quénu. Poussés par le même désir d'arriver à une réparation anatomique, les partisans *de la réduction à ciel ouvert* dans les cas de réduction par trop incomplète vous ont montré dans la présentation d'un malade au service de M. Terrier, opéré par

M. Dujarier qu'on pouvait prétendre à la perfection. Vous avez donc dans le cours de cette année apporté des documents, mais le champ reste ouvert à de nouvelles démonstrations.

Les *Contusions de l'abdomen* qui défrayaient autrefois si largement nos Bulletins ne sont plus représentés que par un rapport de Demoulin sur un travail d'Auvray.

Demoulin vous a montré comment, dans les cas de *rupture de la rate*, les signes d'hémorragie étaient retardés et combien la rapidité de l'opération s'impose. Il faut sectionner le rebord thoracique en plein cartilage sans s'inquiéter des articulations chondro-costales suivant une ligne commençant à la hauteur de la 6e côte, un peu au-dessus de l'extrémité antérieure du 8e cartilage, et se terminant sur le rebord costal au niveau de la ligne axillaire antérieure. Monod a discuté ces faits. Michaux, Hartmann ont fait remarquer que, sans reséquer le bord du thorax, on peut arriver à avoir beaucoup de jour en faisant tomber une incision transversale gauche, sur l'incision verticale première et en plaçant le malade sur une table qui permet d'abaisser toute la partie intérieure du tronc en mettant les jambes et tout ce qui est sous-jacent à l'hypocondre en position déclive.

Parmi les variétés de *traumatismes des viscères*, il en est une dont l'intérêt réside tout entier dans les progrès de la chirurgie et nous a vivement préoccupé, je veux parler *des plaies du cœur*. C'est un chapitre de chirurgie d'urgence qui a été traité aussi bien par nos internes que par nous-mêmes. La fréquence de ces plaies susceptibles d'attendre que le *chirurgien arrive assez tôt* pour les suturer sont relativement rares. Vous avez étudié successivement quelques détails de leurs technique opératoire. Le lambeau thoracique à charnière externe de Fontan, semble très facilement et très rapidement taillé, l'accès qu'il donne suffit largement à aborder les ventricules et les oreillettes; Guinard, Rochard, Lejars et leur interne Lemaitre qui a eu l'heureuse occasion d'opérer trois cas de plaies du cœur, s'en montrent partisans. Le bouillonnement sanguin dans le péricarde et la mobilité du cœur sont les deux obstacles à la recherche de la plaie et à sa suture; tous les auteurs l'ont remarqué et tous sont obligés d'arrêter un instant les battements cardiaques, soit en le pinçant entre deux doigts comme le veut Guinard, soit en l'emprisonnant d'arrière en avant comme le conseille Lemaître. Enfin la pleurotomie gauche postérieure de décharge semble utile à nos collègues. Les malades ainsi opérés sont morts malgré l'efficacité de la suture.

M. Launay a été plus heureux, et à ce propos notre président

nous a rapporté l'histoire de ce jeune homme qui, guéri depuis deux ans d'une double plaie du ventricule gauche, est venu mourir d'une fièvre typhoïde à Lariboisière. Une symphyse péricardique presque totale, une cicatrice musculaire et endocardique parfaite malgré la destruction de plusieurs piliers du cœur, nous démontrent la tolérance de l'organe et la façon dont il s'accommode de lésions même étendues. Ces constatations pathologiques permettent d'espérer beaucoup de la chirurgie cardiaque, et la question de prompt secours devient maintenant un des *éléments les plus* importants du succès.

Tel est rapidement esquissé le bilan de notre année scientifique.

En terminant, Messieurs, je dois des excuses à ceux que j'ai pu oublier, et je dois des remerciements à tous. Pendant cette année, j'allais dire pendant ces deux années de secrétariat, nos collègues m'ont singulièrement facilité la rédaction de ces Bulletins. Vous savez que la rigueur draconnienne de nos règlements aggravée encore, l'an dernier, veut que toute communication dont le manuscrit n'est pas remis à la fin de la séance soit simplement enregistrée. La mesure est bien difficilement applicable, aussi je vous ai peut-être un peu persécutés pour obtenir un autographe, j'ai peut-être troublé votre repos par le rappel de l'heure fatidique depuis longtemps sonnée de la remise de vos notes, et cela malgré l'inépuisable complaisance de nos imprimeries, j'ai certainement trop négligé l'éloquence des uns et voué les autres à un trop respectueux silence; mon désir de rendre exactement votre pensée vous fera passer condamnation.

En somme, Messieurs, dans notre Société comme partout dans la vie, avec un peu de complaisance, quelques concessions réciproques et un grand fonds de bienveillance et de courtoisie, on résout sans avoir besoin de recourir aux lois, le problème prétendu difficile d'agir au mieux des intérêts de tous, pour le plus grand bien et le meilleur renom de notre Société.

PHOTINOS PANAS

(1832-1903)

par M. PAUL SEGOND

Secrétaire général de la Société de Chirurgie.

Messieurs,

Les dons supérieurs qui ont élevé notre ancien collègue Panas au rang des plus hautes personnalités scientifiques de son temps ne sont plus à célébrer. La féconde influence de son enseignement, son rôle comme chef d'Ecole et la portée de son œuvre écrite sont partout reconnues. Vous savez aussi comment l'imposante cérémonie du 26 juin dernier a consacré les droits qu'il s'est acquis à la gratitude de notre pays. Et, certes, jamais reconnaissance ne fut plus méritée. Panas, en effet, n'est pas seulement le maître dont la renommée fut si grande. Il est, pour nous, quelque chose de plus. C'est lui qui a fondé l'Ecole ophtalmologique française. Ceux pour qui la science ne devrait pas avoir de patrie ne s'arrêtent guère, j'imagine, à semblable considération. Mais, à nos yeux, les fleurs oratoires que cette conception fait d'habitude éclore sont vraiment trop pauvres en couleurs et, partant, nous sentons d'une manière très différente. Aussi nous sera-t-il précieux, toujours, de retenir le fait que je rappelle et d'en retrouver les preuves. Relisons donc ensemble le passage dans lequel le professeur Jaccoud les a si clairement résumées :

« En 1873, la Faculté, ouvrant timidement ses portes aux spécialités, décide un cours d'ophtalmologie. Or, depuis 1863, Panas était agrégé de chirurgie et chirurgien des hôpitaux. Chargé, au bureau central, de la consultation pour les maladies des yeux, il avait, dès 1869, continué cet office à Saint-Louis d'abord, puis à l'hôpital Lariboisière. Le cours projeté ne pouvait donc avoir un meilleur titulaire ; il lui fut confié. Tel en fut le succès que cinq ans plus tard, en 1878 », la nécessité s'imposa de « transformer le cours complémentaire en une chaire magistrale ; et, par décret du 2 février 1879, elle fut logiquement attribuée à l'agrégé qui avait posé les premières et solides assises de cette école que consacrait la sanction officielle. C'est ainsi, aucun doute n'est possible,

que le chargé de cours fut le véritable promoteur de la chaire qu'il devait illustrer. »

Ce préambule contient, en substance, la notice historique de Photinos Panas. Le Professeur y trouve, assurément, un gage certain de pérennité, mais, par contre, ne faut-il pas craindre que le temps laisse uniquement survivre l'énoncé pur et simple de la grande spécialisation à laquelle le Chirurgien s'est consacré? Si bien qu'un jour pourrait venir où nos arrières-neveux, trouvant plus simple d'admirer, en passant, le beau monument de Boucher, que de feuilleter les bulletins de l'Académie ou de la Société de Chirurgie, perdent la souvenance du maître chirurgien et, disons le mot, ne voient plus, en Panas, qu'un illustre spécialiste de la fin du XIXe siècle!

Ne vous récriez pas! Nous vivons fort et vite. Et puis, de même que l'achat d'un portrait d'ancêtre bien choisi suffit parfois à calmer ceux que tenaille le besoin d'une noble ascendance, de même, la vision d'un Panas purement oculiste pourrait ne point déplaire à quelque spécialiste de l'avenir. L'erreur dont j'envisage l'éventualité est donc invraisemblable ou négligeable soit, mais elle est possible et c'est déjà trop. Ne fut-ce qu'en mémoire du soin jaloux que Panas mit toujours à se prévaloir de ses connaissances en chirurgie générale, ne fut-ce même qu'en souvenir de la terreur que lui eût causé l'hypothèse d'une activité médicale assez étriquée pour naître, grandir et s'éteindre en cavité close, sans jamais franchir les limites sacro-saintes des voiles palpébraux et des parois orbitaires, nous lui devons de dire encore à quel point ses revendications étaient légitimes.

Que la chose soit donc bien entendue. Panas était avant tout un chirurgien. Sans doute, il reconnaissait la valeur de la division du travail, mais il était l'adversaire déclaré de ces spécialisations hâtives dont la vogue n'a d'autre raison d'être que le besoin croissant des réalisations précoces, et d'autre résultat que la prolifération de soi-disant réformateurs qui, mécontents de tout et très oublieux des raisins trop verts de notre grand fabuliste, épuisent leur verve en flétrissant, tour à tour, les méfaits de la routine, l'action stérilisante des concours, les inconvénients d'une hiérarchie quelconque ou l'archaïsme ridicule de telle ou telle coutume universitaire.

Jugez-en plutôt par le simple rappel des principales publications que Panas a laissées sur des sujets tout à fait étrangers à l'ophtalmologie.

Nous y trouvons d'abord son mémoire académique sur la paralysie réputée rhumatismale du nerf radial, dont il démontre l'origine traumatique et les recherches similaires qui dévoilent, avec

le rôle des exostoses traumatiques de l'humérus dans la genèse de la griffe cubitale, la possibilité de guérir cette impotence par l'ablation de la saillie osseuse. Premiers travaux qui mettent en évidence tout le parti que Panas savait tirer de son aptitude particulière à subordonner les indications thérapeutiques aux plus minutieuses révélations du diagnostic. Ce qu'il a écrit sur la pathogénie de l'hydrocèle dite essentielle et sur le traitement des fractures de cuisse parle dans le même sens.

Beaucoup d'autres publications viennent ensuite, toutes marquées au coin de sa droiture clinique et de sa grande érudition. Sa thèse d'agrégation de 1863 sur les cicatrices vicieuses et les moyens d'y remédier, les articles qu'il a rédigés dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques sur les articulations en général, sur l'épaule et le genou, sont à cet égard particulièrement dignes de mention. Et sachez bien qu'il ne puisait pas seulement ses documents dans sa mémoire ou ses livres. Plus d'une fois, je l'ai vu, moi-même, passer de longues heures à notre ancienne École pratique, pour y reprendre son scalpel de prosecteur, et soumettre à direct et nouveau contrôle les détails anatomiques de ses descriptions.

La part importante qu'il a prise aux progrès de la chirurgie abdominale, de la gynécologie opératoire et notamment de l'ovariotomie, qu'il fut l'un des premiers à pratiquer avec succès dans nos hôpitaux, mérite non moins l'attention. L'histoire des kystes séreux de l'ovaire, les modalités et la possibilité des récidives en cas de tumeurs ovariennes kystiques, les conditions de la transsudation intrapéritonéale des liquides intestinaux dans l'étranglement herniaire, lui doivent nombre de contributions très personnelles. Les maladies vénériennes elles-mêmes l'ont occupé, et ce n'est point banal, en vérité, de trouver dans l'œuvre écrite d'un homme comme Panas, d'abord chirurgien, puis ophtalmologiste, les plus instructifs aperçus sur l'emploi du santal dans le traitement de la blennorragie, sur l'efficacité et les indications des frictions mercurielles chez les syphilitiques et sur les avantages des injections intra-musculaires de bi-iodure dans le traitement de la vérole. Il convient aussi de rappeler que pendant plusieurs années, surtout de 1859 à 1863, Panas à fait à l'École pratique des cours très suivis et très préparés sur l'anatomie chirurgicale, la médecine opératoire, la physiologie du système nerveux, les organes des sens et la pathologie externe.

Dossier chirurgical mieux documenté serait, n'est-il pas vrai, difficile à fournir, et, pour qui voudra le consulter, la preuve sera faite qu'à l'heure où les circonstances ont spécialisé Panas en ophtalmologie, il aurait pu tout aussi bien opter pour la chirurgie

abdominale, la gynécologie, l'orthopédie ou même la syphiligraphie. Bref, il était le type accompli de ces belles intelligences trop amoureuses des grands équilibres pour que les idées étroites, l'oubli des suggestives ambiances et l'absence de toute envolée ne leur apparaissent pas toujours comme autant d'aberrations, d'anomalies ou d'hypertrophies localisées incompatibles avec la perfection d'un ensemble quelconque. Dès le début de ses études, Panas en a donné la preuve et toute sa carrière ultérieure en témoigne.

Pour lui, la solidité, la précision, l'étendue des études premières étaient la base de toute éducation chirurgicale sérieuse et le droit de spécialisation ne pouvait être conféré qu'à ceux dont le passé offrait les garanties d'une instruction générale complète. Il croyait par cela même à l'utilité de nos concours et, sûrement, il n'était pas de ceux qui, sans autre forme de procès, déclarent, par exemple, que pour faire une laparotomie ou lier l'utérine avec autant d'élégance que de spontanéité, il est vraiment superflu de perdre les meilleures années de sa jeunesse à faire des Chopart ou des Lisfranc. « Il ne faut jamais s'arrêter, disait-il, il faut absorber toutes les connaissances possibles. Le candidat peut être comparé à une éponge qui s'imbibe et se remplit ; plus tard, il éliminera aisément tout ce qu'il jugera inutile. »

Ce n'était pas seulement le raisonnement qui lui dictait ce conseil salutaire. Panas avait en effet une sorte de besoin d'apprendre naturel autant qu'impérieux. Cette curiosité scientifique est la marque première de son esprit. Elle en a fait l'un des chirurgiens les plus instruits de notre époque. On peut même dire aussi, comme l'a judicieusement observé son élève, Ch. Nélaton, que ce fut précisément cet amour particulier des choses bien apprises et bien sues qui conduisit Panas à se spécialiser. « Il vit la somme des travaux accomplis dans toutes les parties de notre art augmenter de telle façon, qu'il devenait impossible à un homme, quel que fût son labeur, de les posséder réellement, et il comprit la nécessité de limiter son champ de travail, sous peine d'avoir une instruction superficielle, ce à quoi il n'aurait jamais consenti. »

Ne reconnaissez-vous point les déterminations motivées et mûries qui nous ont donné les Tarnier et les Guyon ! La genèse de leur destinée n'est-elle point la même? Panas est donc bien des nôtres ; il a vécu notre existence et partagé nos travaux, il a conquis de haute lutte les prérogatives dont nons sommes si fiers, il est, en un mot, sorti de nos rangs, et, la Société de chirurgie de Paris, qu'il eut tant de bonheur à présider, il y a tantôt trente ans, après lui avoir donné les belles années de son activité chirurgicale pre-

mière, conserve tout entier le droit précieux d'offrir à sa mémoire l'hommage qu'elle réserve à ses plus grands, à ses plus chers disparus.

Panas n'était pas Français. Originaire des îles Ioniennes, il est né à Céphalonie, le 30 janvier 1832, jour de l'Épiphanie grecque, dans un petit village voisin d'Argostoli, nommé Libatho. Avant dernier d'une lignée de treize enfants dont trois seulement devaient survivre, deux sœurs et lui-même, le nouveau venu, bien qu'il fût coiffé, dit-on, de très luxuriante manière, avait devancé l'appel et, comme beaucoup de ses pareils, son aspect chétif inspira d'abord les plus vives inquiétudes. Aussi, jugea-t-on prudent de le baptiser le jour même et, pour le placer sous la protection de la divine étoile que suivirent les mages, on lui donna le nom, pour nous un peu rude, mais très lumineux de Φωτεινος. L'inspiration fut heureuse. Les événements ultérieurs semblent tout au moins le prouver, car, très vite, le petit Photinos donna les signes de la plus rassurante vitalité, pour se développer ensuite et devenir grand garçon, sans accroc, ni particulier incident.

Son père Nicolas Panas exerçait la médecine à Agostoli et ne s'y était guère enrichi. Il adorait le jeune homme et fondait sur ce fils, le seul qui lui restât, les plus grands espoirs. Il le voulait médecin et rien ne fut négligé pour atteindre ce but. Eut-il, à ce moment, la préscience que l'influence astrale sous laquelle grandissait le jeune Photinos le suivrait au point de lui valoir un jour le surnom d'Épiphane, toujours en souvenir de la date de sa naissance? Je n'oserais l'affirmer! Mais le fait est que, de très bonne heure, il surveilla les études de son fils avec toutes les exigences d'une formelle préméditation et qui, plus est, d'une sévérité particulière.

Par atavisme, sans doute, M. Nicolas Panas avait, sur l'éducation des idées très lacédémoniennes dont Photinos eut à souffrir, paraît-il, plus d'une fois. D'autant qu'au précoce et dur labeur imposé par son père, il préférait de beaucoup les satifactions plus agrestes que lui réservaient ses fréquentes échappées vers les rochers et les sous-bois de la « grande montagne » qui parcourt Céphalonie dans toute sa longueur.

Quelles joies particulières trouvait-il en ces longues randonnées ? A l'exemple de Céphale, l'infidèle amant de Procris, celui-là même qui jadis règna sur Samos, ne cherchait-il qu'un prétexte de rendez-vous avec l'aurore? L'île toute voisine où si longtemps le fils de Laerte fut attendu lui inspirait-elle plutôt des réflexions particulières sur les rares vertus de Pénelope ou sur la vaillance des magnanimes Céphalleniens qu'emportèrent les douze nefs

rouges d'Odysseus? L'histoire ne le spécifie point et nous inclinons à croire que le jeune rêveur subissait l'attrait de moins légendaires souvenances. Lorsque du haut de l'antique Ænos, ses pensées, franchissant les brumeux lointains, s'envolaient vers les rives prochaines, ne voyait-il pas se dresser devant lui Navarin, Lépante et Missolonghi fumante encore? Et qui sait? C'est ainsi peut-être qu'il sentit naître les premiers germes de sa tendresse pour le pays qu'il devait adopter.

S'il est vrai, comme le dit un de nos meilleurs écrivains, que l'âme étrangère, « celle qui n'est pas de chez nous », respire toujours, où qu'elle aille s'implanter, l'arome de son sol et le parfum de ses printemps, le bonheur que le jeune Céphallenien devait trouver dans sa naturalisation future s'expliquerait assez mal. Il est donc naturel de penser qu'en lui mettant au cœur le souvenir, alors tout récent, des époques glorieuses où notre drapeau ne flottait au loin que pour la défense des grandes et nobles causes, les premiers horizons qu'il contempla firent plus encore pour nous le conquérir que nos communes attaches avec l'art et la science de la Grèce antique.

Mais rassurez-vous. Cessant de rêver moi-même, je reprends mon récit.

Les exigences et le caractère du père étant connus, vous devinez bien que le fils devait souvent payer fort cher les fréquentes manifestations de son amour du plein air. Après les escapades, il fallait, hélas! rentrer, et les inévitables corrections du retour n'étaient que trop proportionnelles à la sortie. L'une d'elles, en particulier, fut terrible et, dit-on, tellement rude qu'un ami de la famille ne craignit pas de s'interposer pour adoucir le sort du coupable. Rien n'y fit : « Je n'ai plus qu'un fils, riposta le père courroucé, je l'aime mieux mort que propre à rien. »

A un bouclier près, c'est un peu ce que les mères spartiates disaient à leurs fils avant le combat. Ils ne devaient revenir que dessous ou dessus. Et nous savons à quels prodiges cette maternelle exhortation pouvait conduire. Or, s'il était permis d'abuser du procédé comparatif en invoquant l'appoint d'analogies si lointaines, on pourrait dire que, ce jour-là, le jeune homme subit une impression similaire. Toujours est-il qu'à dater de cette correction mémorable, Photinos Panas, alors âgé de quinze ans, se mit résolument au travail, avec la volonté ferme de réaliser le vœu de son père et de devenir médecin.

C'est à l'Académie de Corfou qu'il commença ses études médicales proprement dites. Il y fut très remarqué et subit, au bout d'un an, les examens d'usage avec les notes les plus flatteuses. Peu après, son père tomba gravement malade et, malgré les soins

les plus attentifs, le mal fut inexorable. Trois mois plus tard la mort avait fait son œuvre.

Qu'allaient donc maintenant devenir les études du jeune Panas et les beaux rêves d'avenir de son père? Ces rêves qui, jusqu'à la fin le hantèrent d'autant plus que les brillants débuts de l'étudiant venaient précisément d'en commencer la réalisation. Si bien que la volonté dernière du mourant s'était précisée et traduite par cet ordre formel : partir pour Paris. A coup sûr, Photinos Panas avait, dès cette époque, fait siennes toutes les ambitions paternelles. Lui aussi n'avait plus qu'un rêve : gagner Paris. Mais comment y réussir? L'indispensable lui manquait. Les modestes économies de son père suffisaient tout juste pour assurer l'existence de sa mère et de ses deux sœurs. Mais lui ne possédait rien, absolument rien! Il résolut néanmoins d'arriver à ses fins et c'est ici que l'énergique ténacité dont toute sa vie porte la si remarquable empreinte, va, pour la première fois, s'affirmer et triompher.

La première chose à trouver n'était point la plus simple. Il fallait un peu d'argent. Si peu que ce fût, mais au moins le nécessaire pour s'embarquer. On verrait ensuite. Quelques notables du pays, confiants dans ses destinées, lui prêtent leur concours. Lui-même ne recule devant aucun labeur. L'épidémie de choléra qui, durant six mois, vint alors ravager Céphalonie, donne à son activité comme à ses dévouements l'occasion de se manifester dans toute leur grandeur et lui vaut aussi quelques reconnaissances. Bref, à force de fatigues et de courage, le but est atteint. Laissant à sa mère et à ses sœurs le mince avoir de son père, il se réserve le peu qu'il avait gagné lui-même et l'heure d'un départ possible sonne enfin.

Afin de réduire au minimum ses frais de voyage, il s'embarque à bord d'un petit voilier et vogue vers Marseille, pour se confier ensuite aux cahots des diligences fameuses qui faisaient alors le service de Paris. Cette deuxième partie du voyage fut moins que douce! Rencogné par un voisin énorme, assourdi par la majestueuse sonorité de ses ronflements, il connut toutes les affres de la succussion, de la compression et de l'insomnie. La voiture cependant roulait toujours, et les étapes succédant aux étapes, notre voyageur, moulu mais content, arrive enfin dans la petite pension de la rue Mazarine qui devait abriter ses premières années de travail aride et, ne le cachons pas, de véritable misère. Le mot n'a rien d'excessif. Dans la redevance mensuelle exigée par le maître du lieu, le dimanche n'était point compris, et ce jour-là Panas ne dînait pas.

Réduit à ses maigres ressources, quatre-vingts francs par mois,

m'a-t-on dit, en tout, le jeune homme dut s'imposer bien d'autres privations. Mais qu'importe? Son ambition était nette comme une résolution. Sans perdre de temps, il se munit de ses baccalauréats, prend ses inscriptions de Faculté, passe avec aisance les premiers examens nécessaires, puis, s'enhardissant encore, il regarde plus haut et se décide à affronter les concours. Il y avait d'autant plus de mérite, qu'à ce moment, ses réussites successives ne lui valaient pas, de la part de ses proches, les encouragements qu'il eût souhaités. « C'est fort bien, lui répondait-on de Céphalonie, mais il faut se presser et revenir. » Par bonheur, Panas était trop tenace pour s'émouvoir de ce manque d'enthousiasme, et poursuivant son but, il devient successivement externe, puis interne des hôpitaux en décembre 1854, dans la même promotion que Peter, Fournier et Marey.

Cette nomination d'interne marque une phase décisive dans la carrière de Panas. Et voici comment — (Je laisse ici la parole à son élève, Ch. Nélaton, mieux placé que personne pour bien connaître le fait que je désire souligner.) — : « Panas était en seconde année d'internat lorsque, par hasard, il eut l'idée de concourir au prix de l'École pratique. Parmi les membres du jury de ce concours se trouvait Nélaton. Ce dernier fut séduit par l'étendue déjà grande et la précision des connaissances de Panas, et au sortir de la dernière séance du concours, dans la cour de l'École, il aborda le lauréat, le questionna sur ses projets d'avenir et l'engagea à faire de la chirurgie. Pour plus de sûreté, il lui proposa une place d'interne dans son service, dès l'année suivante. Panas accepta. Il était voué à la chirurgie. » Et chacun sait à quelle grande et belle école son bon sens naturel et son goût pour la clinique se trouvaient ainsi confiés.

Fort de l'appui d'un tel homme, soutenu par l'affection de ses deux autres maîtres, Grisolle et Laugier, Panas hésite moins que jamais sur le but à poursuivre, et malgré les propositions avantageuses et pressantes d'un oncle éloigné très désireux de le voir s'installer en Angleterre, il opte définitivement pour Paris et poursuit sa marche ascendante. Lauréat, médaille d'or de la Faculté en 1856, aide d'anatomie en 1859, prosecteur deux ans après, il est nommé chirurgien et professeur agrégé au concours de 1863, en même temps que son inséparable ami Guyon.

La difficile gageure était tenue, et, pour la première fois depuis l'embarquement sur le petit voilier et le fameux voyage en diligence, Panas songe à retourner en Grèce et s'y décide. Vous parlerai-je des sentiments intimes qu'il dut éprouver en retrouvant, avec les êtres qu'il aimait tant, les plus lointains souvenirs de son enfance? Faut-il aussi vous dire qu'il fut très fier de mon-

trer l'homme qu'il était devenu à ceux qui jadis l'avaient encouragé ou simplement connu? Non. Ce serait, j'imagine, très superflu. Quant à la partie officielle du voyage, rien n'y manqua, vous le pensez bien. Fêtes, ovations, banquets, toasts, auxquels s'ajoutèrent, à titre de manifestations non moins flatteuses, mais plus objectives, des consultations nombreuses et beaucoup d'opérations. Ce fut un vrai triomphe. Le roi Othon tenta même de rendre Panas à sa vraie patrie en le nommant, par décret du 24 septembre 1863, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine d'Athènes. Mais Paris ne se laisse point ainsi déserter, et, si flatteuse que fût la faveur royale, elle ne pouvait modifier les projets de notre ancien collègue. Dès son retour parmi nous, il adresse sa démission à la Faculté d'Athènes et se remet à l'œuvre.

Pendant les années qui suivent, nous le voyons successivement chirurgien de Bicêtre, de Lourcine, de l'Hôpital du Midi, de Saint-Antoine et de Saint-Louis. C'est là que le trouve l'année terrible et jusqu'aux derniers jours de cette funèbre époque, il se consacre aux malheureux qui s'amoncelaient, hélas ! aussi nombreux dans son service que dans les salles de l'Hôpital militaire Saint-Martin dont il avait simultanément la direction. Ajoutons, et c'est un trait qui donnerait à lui seul une juste idée de ses tendances de nature, qu'en dépit de son surmenage de jour et de nuit, il trouve cependant le temps d'apprendre l'allemand. C'était là, disait-il, du patriotisme élémentaire, et pour motiver cette opinion, il répétait volontiers que si dès longtemps, nous avions fait comme lui, plus d'un revers nous eût été peut-être évité.

Peu après, Panas quitte Saint-Louis pour Lariboisière où durant quelques années encore, il prend une part active au progrès naissants de notre grande chirurgie actuelle. La preuve en est clairement donnée par les travaux que je vous ai déjà cités et par les succès qu'il sut alors obtenir dans la pratique de la chirurgie articulaire et des grandes opérations abdominales. Rappelons enfin que durant son passage à Lariboisière, en 1877, l'année même de sa présidence à notre Société de chirurgie, Panas a l'honneur de prendre à l'Académie la place que la mort de Dolbeau venait de laisser vacante, et nous touchons au couronnement de cette belle carrière : par décision du 2 février 1879, il y aura demain vingt-six ans tout juste, Panas est nommé professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris.

Là s'arrête l'existence du chirurgien et commence l'œuvre du professeur de l'Hôtel-Dieu. Des voix beaucoup plus autorisées que la mienne ont déjà vanté la compétence supérieure et l'activité extraordinaire que Panas sut mettre au service du grand ensei-

gnement qu'il allait créer pour lui donner, en son ensemble comme en ses moindres détails, toute la puissance éducatrice possible et lui conférer en définitive la haute suprématie devant laquelle bientôt chacun s'inclina. La phalange remarquable des disciples que Panas a formés est là du reste pour affirmer de très vivante manière l'utilité féconde de cette belle création.

La somme considérable des travaux constituant l'héritage scientifique du maître est, elle aussi, je ne l'oublie pas, le témoignage durable et définitif de son rôle et de son influence. Mais vraiment, cette œuvre écrite est trop importante et trop spéciale pour que je puisse un instant songer à vous en détailler les richesses. Songez-y donc ! S'il me fallait seulement reprendre avec vous les principaux travaux qui sont dus à Panas depuis sa thèse inaugurale de 1863 sur l'anatomie des fosses nasales et l'organe de Jacobson : les leçons pour jamais classiques publiées de 1873 à 1878, sur le strabisme, les kératites, les affections des voies lacrymales et les maladies inflammatoires de l'œil ; les mémoires documentés rédigés pour les *Archives d'ophtalmologie* dont il était le fondateur en même temps que Landolt, Gayet et Badal ; ses communications académiques si écoutées sur les kystes orbitaires et la nutrition de l'œil ; ses travaux sur le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires ; les œuvres importantes auxquelles ont collaboré ses élèves Remy, Rochon-Duvigneaud et Castan, (de Béziers) ; enfin, son Traité complet des maladies des yeux et les Leçons de clinique ophtalmologique que la mort ne lui a pas permis de publier lui-même, je donnerais à ce discours des proportions par trop inaccoutumées.

Je me restreindrai donc en réclamant, cependant, le droit de faire observer à quel point ces écrits documentés, bien pensés, longuement mûris et clairement rédigés portent la marque du soin que mit toujours leur auteur à rattacher les faits particuliers de la chirurgie aux lois de la pathologie générale. Panas, du reste, n'a pas manqué de dire lui-même sur quelles règles il se guidait : « Les conditions que doit remplir un ouvrage didactique sont avant tout la concision et la clarté, la recherche sans parti pris de la vérité scientifique et la maturité du jugement fondée sur une vaste expérience qui seule permet à l'auteur de discerner le vrai du faux et de juger chaque chose à sa valeur. De là découle l'unité de l'œuvre à laquelle les meilleurs collaborateurs ne sauraient suppléer. »

S'il m'a fallu trop rapidement, à mon gré, remémorer l'œuvre ophtalmologique de ce maître, je voudrais, en revanche, ne pas terminer, sans m'arrêter sur les souvenirs plus intimes que nous

a laissés Panas à cette radieuse époque de sa vie où, presque tous ici, nous avons pu l'appprocher, le suivre, l'écouter et l'aimer.

Comme professeur, Panas ne recherchait pas l'éloquence oratoire, mais sa parole était claire et, suivant la juste remarque de son grand ami le professeur Jaccoud, « il avait au plus haut degré cette éloquence de la conviction scientifique qui trouve dans sa force propre le pouvoir de persuasion ». Il possédait en outre une précision de mémoire tout à fait personnelle qui mettait à sa disposition constante les richesses d'une érudition d'autant plus fournie, qu'elle ajoutait à sa valeur qualificative proprement dite, l'attrayante actualité que procure une parfaite connaissance de la littérature étrangère. Panas lisait aussi facilement l'anglais et l'allemand que le grec ou l'italien et, partant, il savait mieux que personne se tenir au courant des progrès les plus récents de notre art, en tous pays.

En même temps, il était doué d'un sens historique trop développé pour ignorer qu'en toutes choses, nous sommes faits de l'étoffe de nos pères et que leur manquer de respect, c'est littéralement en manquer à nous-mêmes, et par cela même nos plus vieux écrits lui étaient familiers. Le moindre fait clinique éveillait donc en lui des souvenirs précis autant que variés dont ses auditeurs bénéficiaient aussitôt. C'est ainsi qu'en maintes circonstances, arrivant à l'hôpital avec les éléments d'une clinique préparée d'avance, ce qui était la règle, il n'hésitait jamais à changer de sujet si quelque nouveau venu de la consultation lui en fournissait la valable occasion. Et tous ses élèves se plaisent à le dire encore, la leçon n'était ni moins documentée, ni moins instructive.

Ajoutons enfin que Panas, non content de donner chaque matin si riche pâture à son goût pour l'enseignement officiel, n'en demeurait pas moins, le reste du temps, comme possédé par le besoin d'apprendre aux autres ce qu'il savait si bien lui-même. Dans ses plus courtes rencontres avec l'un de nous, à la sortie de l'hôpital, à la Faculté, à l'École pratique ou même dans le monde, le plus léger prétexte, la moindre question suffisait pour actionner son penchant favori: « Non, non, mais vous ne savez pas, moi je sais, je vous expliquerai tout à l'heure pourquoi... », nous disait-il aussitôt, avec ce léger accent qui, sans nuire à sa diction, lui donnait une sorte de cachet si original; et nous ne le quittions jamais sans avoir appris quelque chose de précis, d'utile et de fin.

L'opérateur avait des qualités non moins distinctives. Rompu, par ses anciennes fonctions de prosecteur, à tous les exercices manuels qui nous sont aussi nécessaires que les gammes aux plus illustres virtuoses, servant scrupuleux des lois de la chirurgie

propre, Panas opérait avec beaucoup de dextérité et surtout avec un admirable sang-froid. Il put ainsi se montrer chirurgien de premier ordre, et, plus tard, quand il dut se restreindre aux manœuvres délicates et méticuleuses de la chirurgie oculaire, son habileté particulière et la sûreté de sa main lui donnèrent une supériorité reconnue partout et par tous. Ceci n'est pas une phrase, c'est une vérité. On en pourrait donner pour preuve, si besoin était, le fait de certain grand ophtalmologiste étranger qui vint confier ses cristallins à Panas, après avoir pris la tutélaire et comparative précaution d'aller voir opérer, chez eux, les plus célèbres oculistes de l'époque. Preuve d'autant plus lumineuse (pardonnez-moi cet adjectif de circonstance) que l'opéré, rendu aux joies d'une vision sans nuage, reprit son activité, sans que personne put se douter de ce qui s'était passé, car, vous le savez, dans l'opération de la cataracte, Panas ne faisait pas l'iridectomie. Beaucoup d'entre nous, d'ailleurs, n'ont pas plus oublié le coup de maître par lequel il sectionnait la cornée d'un seul mouvement du couteau de Graefe que ses merveilleux résultats dans les autoplasties difficiles de la face.

Mais ce n'est pas tout, et ce qu'il faut dire pour bien caractériser la façon d'opérer de ce maître éducateur, c'est, comme l'a justement noté M. Guyon, que Panas « opérait comme il parlait ». Ses mains semblaient agir de manière à se faire bien comprendre. Aucun des détails indispensables à une exécution parfaite n'était omis, chacun venait à son moment. Si bien qu'on « s'instruisait en le regardant ».

J'arrive à l'homme lui-même, à sa physionomie particulière et restée si vivante en notre esprit qu'il nous semble le voir encore. De taille moyenne, plutôt petite, tranquille et mesuré dans sa démarche, sobre de geste, Panas se distinguait avant tout par la correction de son maintien et par cette nuance particulière d'élégance démarcative qui n'échappe guère à l'œil du Parisien autochtone. Les moindres détails de sa toilette attestaient une sollicitude journalière ; sa redingote était de la meilleure coupe, et l'impeccable blancheur de ses manchettes, même à l'hôpital, est restée légendaire. L'impassibilité du regard, un visage aux traits accentués mais calme et froid dans l'encadrement d'une chevelure restée longtemps noire et de deux favoris grisonnants, les modelures intelligentes du front, des joues et des lèvres de teinte un peu bistrée, rasées de près, comme pour mieux laisser voir le dessin arrêté de la bouche, venaient compléter, de telle façon, l'ensemble de la personne, qu'au premier abord, Panas donnait surtout la sensation d'un homme froid, très observateur de son prochain et peu disposé aux confidences. En un

mot, il ressemblait bien plus à un magistrat qu'à un chirurgien. Et c'est ainsi qu'une étude physiognomonique superficielle peut conduire aux plus grandes erreurs de diagnostic.

Oui, certes, Panas était un impassible et un observateur. C'est même à ces deux privilèges de nature qu'il a dû sa maîtrise opératoire et clinique. Et puisque l'histoire vit souvent par l'anecdote, nous pouvons rappeler que l'impassibilité du chirurgien se retrouvait aussi bien dans les sérieuses déterminations de la vie qu'en présence des menus riens dont les agités se font un monde. Les petites histoires qui le prouvent ont défrayé longtemps la chronique des salles de garde.

Telle est celle de Panas en quête d'une voiture et gagnant les quais, à sa sortie de l'Hôtel-Dieu par un jour de bourrasque épouvantable. Son chapeau s'envole. Il n'a plus en main qu'un parapluie retourné pour éviter les offenses d'une pluie torrentielle et cependant, sans paraître se soucier le moins du monde de tout cela, il conserve son calme digne autant qu'imperturbable pour donner un pourboire aux sauveteurs improvisés qui avaient surgi de dessous le petit pont de Notre-Dame et qui, n'ayant pu repêcher le beau chapeau tombé dans la Seine, faisaient mine de refuser tout salaire : « Non, non, leur dit-il, vous ne l'avez pas retrouvé, mais ça ne fait rien, vous avez essayé, cela mérite une récompense. »

Et cette autre : Panas à sa consultation, accueillant avec son flegme habituel un malade, déjà venu, et lui disant : « Ah! oui, c'est vous qui vous nommez Corbillard? » « Mais, non, monsieur lui répond l'homme interloqué, je me nomme Cercueil »! Hilarité bruyante et générale, vous le pensez bien. Mais, chez Panas, cependant très égayé, je vous assure, pas d'autre manifestation que la forme un peu plus accentuée, peut-être, de son habituel et muet sourire.

Or, il faut bien savoir que ce calme à toute épreuve, immuable et constant, n'était qu'un voile d'ailleurs facile à soulever, sous lequel Panas masquait à dessein les deux vraies dominantes de son caractère : une volonté voisine de l'obstination et une sentimentalité, une sensibilité de cœur extrême. Son opiniâtre ténacité pouvait, il est vrai, se deviner à la carrure de son visage comme à la droite fermeté de son regard. Mais sa sensibilité se révélait, à coup sûr, avec beaucoup moins d'ostentation. Son rire n'était qu'un sourire discret, souvent malicieux et doucement ironique, mais toujours silencieux, et, quelle que fût l'intensité de ses impressions, le reste de ses traits demeurait impassible. Et cependant, je le répète, c'était un grand, un vrai sensible.

C'était même un passionné dans toute l'acception du mot,

et l'ardeur au travail qui marque sa vie militante se retrouve intense et fervente dans tous les sentiments les plus intimes de son cœur : dans la reconnaissance inaltérable qu'il garda toujours pour ses anciens maîtres, dans la solidité de ses affections, et dans la sollicitude constante qu'il mettait avec tant de joie au service de ses élèves préférés. Ces qualités de cœur sont grandement attestées par les tendresses et les amitiés fidèles que Panas a laissées et chacun sait aussi, que les noms de ceux de ses pairs dont il avait le mieux conquis l'attachement, sont la plus haute et la plus belle garantie de sa supériorité morale.

Quant à ses élèves il en est peu, qui n'aient conservé le souvenir de son dévouement. D'aucuns prétendent même qu'à certains jours, ce dévouement était si bien le reflet de son cœur, qu'il n'avait pas toujours un étroit souci de l'impartialité. Ici encore, les petites histoires abondent et cette fois, ce sont les concurrents surtout qui se les redisent, en regrettant beaucoup, j'imagine, les notes qu'assuraient, assez généralement, dit-on, la protection du maître et qu'il ne manquait pas, au reste, de motiver par des arguments demeurés classiques : « Non, non, vous ne comprenez pas. Je connais la question mieux que personne. C'est mon élève, je lui vote 30 ». Méritait-il ainsi quelque blâme ? Ceux qui n'avaient pas la bonne note l'affirmaient peut-être. Mais, à cette heure, on aurait, en vérité, mauvaise grâce à le penser. Nous nous souvenons seulement que Panas aimait bien et très fort.

Si la froideur apparente de Panas recélait un cœur pareillement accessible aux manifestations affectives, il eût été bien contre nature que son entendement ne fût pas ouvert à des sentiments plus abstraits. Et rien n'est plus vrai. Le beau, sous toutes ses formes, le séduisait. Il adorait les arts, la peinture et surtout la musique. Ses passions d'enfant pour les charmes de la nature ne perdirent jamais leurs droits et, comme au temps de la « Grande Montagne », la contemplation d'un bel arbre ou d'une jolie fleur lui causait une satisfaction infinie. Les orchidées et les roses le captivaient particulièrement. Aussi, quelles ne furent pas ses joies lorsqu'il put embellir et parer avec tous les raffinements d'une sollicitude, pourrait-on dire, amoureuse, sa propriété de Roissy, si ravissante et si gracieusement hospitalière ?

Ceux que les liens étroits et tendres de la famille ou du foyer unissaient à l'illustre disparu pardonneront à ces quelques souvenirs certains écarts de trop familière analyse que le style apologétique habituellement réprouve. Cette enceinte, en effet, n'a point de coupole et notre vraie bulle d'or, c'est le statutaire nivellement qui nous fait tous ici collègues. Voilà pourquoi dans l'évocation de nos grands morts, les moindres particularités de

leur être intime nous tiennent souvent plus au cœur que l'unique énumération de leurs vertus. C'est notre manière à nous de les honorer et, pour être moins académique, elle n'est que plus affectueuse. Elle ne saurait donc déplaire à ceux dont les larmes urent et demeurent si brûlantes.

J'en ai fini du reste avec les souvenances que Panas, heureux de tous les bonheurs, nous a laissées. Nous arrivons aux phases dernières et si cruelles de sa vie. Je ne sais rien de plus poignant.

C'est vers 1897 que débutèrent les premières atteintes du mal qui devait peu à peu l'amoindrir, éteindre une à une toutes les formes de son activité, pour le frapper ensuite inexorablement. Revenant un jour de Roissy et voulant monter dans un wagon qui déjà s'ébranlait, il fit une chute sans gravité, mais cependant contemporaine, ou peu s'en faut, du jour où il constata lui-même l'atrophie de son éminence thénar gauche. Il connaissait trop les travaux de l'un des savants qu'il admirait le plus pour hésiter devant le diagnostic à porter ou garder l'ombre d'un doute sur le supplice qui l'attendait. Et, sans fléchir une seconde devant l'inéluctable arrêt de cette cruelle révélation, cet homme qui aimait passionnément la vie, ce bien précieux, auquel, disait-il volontiers, « il fallait s'accrocher », dans la crainte d'un au delà trop nébuleux, n'eut plus qu'un but : taire à tous la sinistre vérité.

Seule, à cette époque, Mme Panas eut la douleur de recevoir sa confidence et le courage de se faire le complice sublime de ses volontés. « Je suis atteint de la maladie de Duchenne », lui déclara-t-il, quinze jours environ après sa chute en chemin de fer, « j'en ai donc pour sept à huit ans et ma fin sera terrible. Ne dites rien à personne, pas même à nos parents les plus proches, et, tant que ce sera possible, vivons comme si de rien n'était. » A dater de ce jour, je me sens incapable de donner une juste idée des cruautés de ce supplice à deux, car il fut sans pareil. Nous pouvons seulement en suivre les douloureuses péripéties.

Panas va d'abord à Heidelberg consulter Erb et savoir de lui s'il pouvait ne pas immédiatement donner sa démission. Puis, rassuré tout au moins sur ce point, il rassemble toutes les énergies de sa volonté pour suivre le vaillant programme qu'il s'était tracé. Calculant lui-même le temps qui lui restait à vivre, prévoyant avec la plus impressionnante lucidité les étapes successives de son mal et leur date d'apparition certaine, il dispose sa vie en conséquence, cherche et trouve le moyen de consacrer au travail toute la somme d'activité scientifique dont il pouvait encore disposer et réussit à continuer son enseignement jusqu'aux

plus extrêmes limites du possible. C'est ainsi, comme l'a dit avec tant d'émotion son ami le plus cher, qu'il parvint à se survivre en continuant à vouloir.

Vice-président de l'Académie pour 1898, il occupe, en 1899, le fauteuil de la présidence. Cette même année le voit tenant sa place au Congrès d'Utrecht, et recueillant, là comme au Congrès d'Édimbourg en 1894, les témoignages de considération qu'en tous pays sa haute valeur scientifique lui avait assurée. L'année suivante, il organise et préside la section ophtalmologique du Congrès international de Paris. C'est l'une des dernières manifestations officielles de son activité, et bientôt il lui fallut aussi renoncer à son enseignement.

Sa dernière leçon porta sur les blessures de l'orbite par armes à feu et fut, paraît-il, admirable de clarté. L'amphithéâtre était orné de fleurs, et des élèves, en grand nombre, l'avaient envahi. Panas conserva sa coutumière sérénité, et cachant à tous l'émotion poignante qui, sûrement, vint l'étreindre, il resta, jusqu'au bout, calme et maître de lui superbement. « Il ne faut pas s'émotionner, dit-il familièrement à Terrien au moment de parler, il n'y a que les faibles qui pleurent dans ces circonstances ».

Les événements vont maintenant se dérouler navrants et rapides. Sans doute, Panas ne capitule pas d'un coup et, se défendant jusque dans ses derniers retranchements, il ne cède le terrain que pied à pied. Son intelligence reste vivace et son besoin de travail ne se dément pas. Du fond de sa retraite forcée, il suit les débats scientifiques, fait lire en son nom d'importantes communications et travaille, avec ses amis Scrini et Bouquet, à la publication de ses études de clinique ophtalmologique. Vous savez aussi qu'il s'est intéressé sans trêve à son service de l'Hôtel-Dieu, jusqu'au jour où la nomination du disciple dont il soutenait la candidature avec tant d'affectueuse énergie, lui a donné la consolante satisfaction de voir la Faculté confier son héritage scientifique à celui de ses élèves qu'il avait jugé le plus digne de lui succéder.

Mais le mal n'en continuait pas moins ses ravages. Panas dut enfin se résoudre à se confiner définitivement en son château de Roissy et bientôt, cet homme dont l'existence avait été comme la synthèse de toutes les manifestations humaines de l'activité, ne fut plus qu'un infirme livré sans défense à l'humiliante et lamentable faillite de toutes ses fonctions. Écoutez plutôt les détails que notre collègue Delbet, l'un de ses élèves les plus aimés, m'a confiés sur cette fin douloureuse.

Alors même qu'on était obligé de le faire manger, Panas demandait encore qu'on le mît à table dans son fauteuil. Il

aimait à recevoir ses amis et se plaisait aux longues histoires. Sa parole devenait souvent incompréhensible et quand il s'en apercevait, il recommençait. Mais, hélas! il ne réussissait pas toujours à mieux exprimer sa pensée et c'est alors seulement qu'il manifestait un peu d'impatience. Malgré les efforts énormes qu'il lui fallait pour élever la main au niveau des lèvres, il avait conservé l'habitude de fumer des cigarettes orientales avec un bout d'ambre qu'on lui plaçait entre l'index et le médius. Deux jours avant sa mort, il tenta inutilement d'y réussir : « Je ne peux plus fumer dit-il. Ça m'est égal de ne pas fumer, mais il m'est pénible de ne pouvoir faire aujourd'hui ce que je faisais hier. »

Le lendemain, au déjeuner, la déglutition elle-même devint impossible. Panas se fit rouler hors de la salle à manger et s'adressant à une vieille femme de chambre très dévouée : « N'en dites rien, lui murmura-t-il, c'est mon dernier repas. » Le soir, il contempla longtemps le coucher du soleil qui fut magnifique et parut y prendre plaisir. Dans la nuit, il eut une crise de dyspnée terrible, puis, un peu remis de cette alerte, il fit signe qu'il ne pouvait plus parler et se rendormit doucement. Le lendemain matin, 6 janvier 1903, il s'eteignit sans avoir repris connaissance.

Panas avait soixante et onze ans.

Telle fut cette émouvante agonie. Sans doute, en dépit des épreuves dernières qui lui étaient réservées, Panas reste encore parmi ces élus du sort dont les mérites semblent déjouer tous les maléfices et qui peuvent ainsi prétendre à la satisfaction suprême de voir leur existence se dérouler au gré de leur désir ou de leur ambition sans que la mort les vienne faucher avant l'heure. Mais les dernières pages de sa vie n'en donnent peut-être que mieux le pur exemple de ces manifestations sublimes dont les âmes supérieures détiennent les secrets et qui devraient à jamais déconcerter le déterminisme biologique, mais follement prétentieux, de quelques penseurs de notre époque. Quant à nous, pareil courage n'éveille en notre esprit que des sentiments d'admiration profonde et devant une si mâle énergie, nous ne savons que saluer très bas.

Puisse l'hommage dont je me suis efforcé de me faire aujourd'hui l'interprète porter un peu d'apaisement au cœur de la femme admirable qui après avoir partagé les joies et les triomphes de notre grand mort, a su lui prodiguer, aux heures mauvaises, les inépuisables trésors de sa tendresse. La réalisation de ce vœu serait à mes yeux la preuve ardemment souhaitée qu'en ce jour, la mémoire de celui que nous pleurons a été honorée comme il fallait qu'elle le fut. Nous y trouverions, tous, une première et très douce consolation.

PRIX DÉCERNÉS EN 1904

(Séance du 1er février 1905.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — Le prix est décerné à M. Chevrier, ancien interne et prosecteur des hôpitaux, pour sa thèse inaugurale intitulée : *Les luxations traumatiques de la rotule.*

Prix Laborie (1.200 francs). — Le prix n'est pas décerné. Le quart de la somme qui le représente (soit 300 francs) est donné à titre de mention honorable avec encouragement à M. Henri Villar ancien interne des hôpitaux de Montpellier, pour un travail intitulé : *La tuberculose de la conjonctive.*

Prix Ricord (300 francs). — Le prix est décerné à M. Batut, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, pour un travail *sur le pronostic éloigné des fractures de la rotule et le traitement des fractures anciennes de cet os.*

PRIX A DÉCERNER EN 1905

(Séance annuelle de janvier 1906).

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1905.

Prix Laborie (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Demarquay (700 francs). — Le sujet proposé est : *Des indications opératoires dans les traumatismes anciens du crâne.*

Prix Gerdy (2.000 francs). — Le sujet proposé est : *Des abcès sous-phréniques.*

Les manuscrits destinés aux prix Demarquay et Gerdy doivent être

anonymes et accompagnés d'une épigraphe, reproduite sur la suscription d'une enveloppe contenant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1905.

PRIX A DÉCERNER EN 1906

(Séance annuelle de janvier 1907).

Prix Marjolin-Duval (300 francs), et **Prix Laborie** (1.200 fr.). — Pour ces deux prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Ricord (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Les travaux des concurrents, devront être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1906.

Le secrétaire annuel,

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société

ARTICLE PREMIER

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de Chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Art. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 125, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

Art. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires, seuls, peuvent faire partie du bureau.

Art. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie*; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit ; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

Art. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société ; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages ; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

Art. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

Art. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire-archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires; le montant en est fixé chaque année par la Société ;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement ;

6° Du produit des publications;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir ;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des Séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du premier août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année;

3° De l'éloge des membres décédés;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

Art. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

Art. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

Art. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

Art. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

Article premier.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10, enfin, il assure le maintien de l'ordre.

Art. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

Art. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société rue de Seine, nº 12.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Lecture des rapports ;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

ART. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

ART. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport soit verbal, soit écrit, selon son importance, et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

ART. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

ART. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

ART. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur; tout rapport écrit, dans un délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

ART. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

Art. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

Art. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande, durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

Art. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

Art. 24

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

Art. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

Art. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

Art. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication ; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

ART. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

ART. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

ART. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

ART. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

ART. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

ART. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins tout membre correspondant national

qui en fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne

au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

Art. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire-archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

Art. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

Art. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

Art. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

Art. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception, et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre, le lendemain de la séance, avant 10 heures du matin, à l'éditeur de la Société, les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire-archiviste et

des membres du Comité de publication ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une Commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la Commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après

l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

Art. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

Art. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une Commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette Commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

Art. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

Art. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une Commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette Commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la Commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la Commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, tant à la Commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

ART. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

ART. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

ART. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

ART. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

ART. 71.

Cette Commission fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Séances annuelles.

ART. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

ART. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette Commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la Commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires ou honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy, le prix Demarquay et le prix Ricord; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir : les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1897 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes : « Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1905

Président	MM. SCHWARTZ.
Vice-Président.	PAUL SEGOND.
Secrétaire général	CH. NÉLATON.
Secrétaires annuels.	PICQUÉ et MICHAUX.
Trésorier	ARROU.
Archiviste.	A. BROCA.

MEMBRES HONORAIRES

10 février 1897 . .	MM. Anger (Théophile), titulaire de.	1876
3 mai 1899 . . .	Berger, titulaire de.	1878
26 juillet 1893 . .	Chauvel, titulaire de	1882
19 octobre 1887. .	Cruveilhier, titulaire de.	1868
14 décembre 1898.	Delens, titulaire de.	1877
5 mai 1886. . . .	Duplay, titulaire de.	1868
28 mars 1886. . .	Guéniot, titulaire de.	1868
22 novembre 1882.	Guyon (Félix), titulaire de.	1863
17 février 1904 . .	Kirmisson, titulaire de.	1885
3 mars 1886. . .	L. Labbé, titulaire de	1865
23 janvier 1889. .	Lannelongue, titulaire de	1872
19 mai 1897 . . .	Lucas-Championnière.	1875
17 février 1892 . .	Le Dentu, titulaire de.	1873
4 mai 1898. . . .	Monod, titulaire de	1880
9 juillet 1879. . .	Paulet, titulaire de.	1868
13 mars 1895. . .	Perier, titulaire de	1875
7 février 1900 . .	Pozzi (S.), titulaire de.	1881
19 février 1902 . .	Reclus (Paul), titulaire de.	1883
26 février 1901 . .	Richelot, titulaire de.	1882
27 octobre 1886. .	Marc Sée, titulaire de.	1868
28 novembre 1894.	Terrier, titulaire de.	1874

MEMBRES TITULAIRES

26 juillet 1899 . . MM. Albarran.
23 mars 1904. . . Arrou.
12 juin 1890. . . . Bazy.
20 décembre 1899. Beurnier.
18 décembre 1895. Broca (Aug.).
13 décembre 1893. Chaput.
21 juin 1898 . . . Delbet.
9 mars 1892. . . Delorme.
9 mai 1900 . . . Demoulin.
22 avril 1903 . . . Faure.
26 avril 1891 . . . Félizet.
16 février 1898. . Guinard.
10 mars 1897. . . Hartmann.
10 juin 1896 . . . Hennequin.
12 décembre 1888. Jalaguier.
21 mai 1901 . . . Legueu.
22 juillet 1896. . . Lejars.
10 mai 1893. . . . Michaux.
29 juillet 1887. . . Nélaton.
9 juin 1886 . . . Peyrot.
14 décembre 1892. Picqué.
27 mars 1895. . . Poirier.
16 juin 1897 . . . Potherat.
10 mai 1887 . . . Quénu.
4 janvier 1888. . Reynier (P.).
18 juillet 1894. . . Ricard.
27 juillet 1904 . . Rieffel.
15 février 1899 . . Rochard.
11 juillet 1888. . . Routier.
1er décembre 1886. Schwartz.
7 mai 1902 . . . Sebileau.
9 février 1887 . . Paul Segond.
22 juin 1892. . . . Tuffier.
22 avril 1896 . . . Walther.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX

MM. Auffret, marine.
Baizeau, armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux
Barette, à Caen.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Braquehaye, à Bordeaux.
Brault, à Alger.
Brousse, armée.
Broussin, à Versailles.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Buffet, à Elbeuf.
Cahier, armée.
Carlier, à Lille.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Charvot, armée.
Chavannaz, agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Chavasse, armée.
Chevassu, armée.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Choux, armée.
Chupin, armée.
Claudot, armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Cottin, professeur à l'École de médecine de Dijon.
Couteaud, médecin de la marine.
Dardignac, armée.
Dauvé, armée.
Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.

MM. Delacour, à Rennes.
Delagenière, au Mans.
Delagenière (Paul), professeur à l'École de médecine de Tours.
Delanglade, professeur à l'École de Médecine de Marseille, chirurgien des Hôpitaux.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité, à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Dieu, armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Estor, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, armée.
Février, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Fontoynont, professeur à l'École indigène de Tananarive.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, armée.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Girard, marine, à Bordeaux.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Guillet, professeur à l'École de Caen.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Jude), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Imbert, agrégé à la Faculté de Montpellier.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Latouche, à Autun.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, armée.
Loison, armée.
Malapert, à Poitiers.
Malherbe fils, professeur à l'École de Nantes.

MM. Martin (A.), professeur à l'École de médecine de Rouen.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin principal de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nimier, armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauchet, à Amiens.
Pauzat, armée.
Peugniez, professeur à l'École d'Amiens.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Poisson, professeur à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, armée.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
Sieur, armée.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmidt, armée.
Tachard, armée.
Tédenat, professeur à la Faculté de Montpellier.
Témoin, à Bourges.
Toubert, armée.
Vanverts, à Lille.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Villar, à Bordeaux.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux, à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

2 février 1898 . .	MM.	Annandale, Edimbourg.
4 janvier 1888. .		Bryant (Th.), Londres.
11 janvier 1893 . .		Cheever, Boston.
29 janvier 1902. .		Czerny, Heidelberg.
17 janvier 1900 . .		Esmarch, Kiel.
4 janvier 1888. .		Holmes (Th.), Londres.
2 février 1898 . .		Julliard, Genève.
16 janvier 1901. .		Keen, Philadelphie.
janvier 1880. .		Lister, Londres.
16 janvier 1901. .		Mac Burney, New-York.
17 janvier 1900. .		Mac Ewen, Glascow.
20 janvier 1886. .		Reverdin (Jacques), Genève.
27 janvier 1904. .		Reverdin (Auguste), Genève.
13 janvier 1892. .		Slawianski (K. de), Saint-Pétersbourg.
20 janvier 1886. .		Tilanus, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

---

22 janvier 1896. .	MM.	Bayer, Prague.
7 janvier 1903. .		Berg, Stockholm.
3 janvier 1892. .		Bloch (O.), Copenhague.
16 janvier 1901. .		Bradford, Baltimore.
2 février 1898 . .		Bruns, Tübingen.
29 janvier 1902. .		Bull (William G.), New-York.
11 janvier 1905. .		Butlin, Londres.
4 janvier 1888. .		Ceccherelli (A.), Parme.
4 janvier 1889 . .		Chiene, Édimbourg.
10 janvier 1894. .		Demosthen (A.), Bucharest.
27 janvier 1904. .		Djemil-Pacha, Constantinople.
16 janvier 1895 . .		Durante (Fr.), Rome.
29 janvier 1902. .		Von Eiselsberg, Vienne.
9 janvier 1879. .		Galli, Lucques.
13 janvier 1864. .		Gherini, Milan.
2 février 1898 . .		Girard, Berne.
9 janvier 1879 . .		Gritti, Milan.
7 janvier 1903. .		Heresco, Bucharest.
16 janvier 1895. .		Horsley, Londres.
31 décembre 1862.		Hutchinson (J.), Londres.
21 janvier 1891 . .		Jamieson (Alex.), Shanghaï
17 janvier 1900 . .		Jonesco, Bucharest.
27 janvier 1904 . .		Kalliontzis, Athènes.
29 janvier 1902. .		Kelly (Howard A.), Baltimore.
13 janvier 1892. .		Kocher, Berne.
13 janvier 1892 . .		Kouzmine, Moscou.
21 janvier 1891. .		Kummer, Genève.
20 janvier 1897. .		Lardy, Constantinople.
7 janvier 1903. .		Lennander, Upsal.
2 février 1898 . .		Levchine, Russie.
16 janvier 1884 . .		Lucas (Clément), Londres.
11 janvier 1893. .		Martin (Édouard), Genève
17 janvier 1900. .		Matlakowsky, Varsovie.

17 janvier 1900. . MM. Mayo-Robson, Leeds.
22 janvier 1896. . Mikulicz, Breslau.
21 janvier 1891. . De Mooy, La Haye.
3 janvier 1883. . Mosetig-Moorhof, Vienne.
22 janvier 1896. . Murphy, Chicago.
20 janvier 1897. . Novaro, Bologne.
8 janvier 1868. . Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890. . Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885. . Plum, Copenhague.
21 janvier 1891. . Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880. . Rose (Edm.), Berlin.
25 janvier 1890. . Roux, Lausanne.
17 janvier 1900. . Rydygier, Lemberg.
7 janvier 1880. . Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862. Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885. . Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893. . Saxtorph, Copenhague.
27 janvier 1904. . Senn, Chicago.
20 mars 1867. . . Simon (John), Londres.
16 janvier 1901. . Sneguireff, Moscou.
16 janvier 1895. . Sonnenburg, Berlin.
17 janvier 1900. . Souchon, Nouvelle-Orléans.
21 janvier 1885. . Stimson (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885. . Studsgaard, Copenhague.
31 décembre 1862. Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862. Testa, Naples.
20 janvier 1886. . Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894. . Thornton, Londres.
11 janvier 1893. . Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893. . Wier, New-York.
13 janvier 1892. . Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

1844. MM. A. Bérard.
1845. Michon.
1846. Monod père.
1847. Lenoir.
1848. Robert.
1849. Cullerier.
1850. Deguise père.
1851. Danyau.
1852. Larrey.
1853. Guersant.
1854. Denonvilliers.
1855. Huguier.
1856. Gosselin.
1857. Chassaignac.
1858. Bouvier.
1859. Deguise fils.
1860. Marjolin.
1861. Laborie.
1862. Morel-Lavallée.
1863. Depaul.
1864. Richet.
1865. Broca.
1866. Giraldès.
1867. Follin.
1868. Legouest.
1869. Verneuil.
1870. A. Guérin.
1871. Blot.
1872. Dolbeau.
1873. Trélat.
1874. Maurice Perrin.
1875. MM. Le Fort.
1876. Houel.
1877. Panas.
1878. Félix Guyon.
1879. S. Tarnier.
1880. Tillaux.
1881. de Saint-Germain.
1882. Léon Labbé.
1883. Guéniot.
1884. Marc Sée.
1885. S. Duplay.
1886. Horteloup.
1887. Lannelongue.
1888. Polaillon.
1889. Le Dentu.
1890. Nicaise.
1891. Terrier.
1892. Chauvel.
1893. Ch. Perier.
1894. L.-Championnière.
1895. Th. Anger.
1896. Ch. Monod.
1897. Delens.
1898. Berger.
1899. Pozzi.
1900. Richelot.
1901. Paul Reclus.
1902. G. Bouilly.
1903. Kirmisson.
1904. Peyrot.
1905. Schwartz.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL et René MARJOLIN, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme HUGUIER, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal de 700 francs

RICORD, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

DUBRUEIL (de Montpellier), donateur d'une somme de 15.000 francs.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — Baron LARREY, — Ch. NÉLATON, — LE DENTU, — DELENS, — Lucien HAHN, — Ch. PÉRIER, — MONTEILS, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives de médecine et de chirurgie spéciales. — Archives de médecine et de pharmacie militaires. — Archives provinciales de chirurgie. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Bulletin médical. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. — France médicale. — Gazette des hôpitaux. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue d'orthopédie. — Revue de stomatologie. — Revue française de médecine et de chirurgie. — Tribune médicale.

Province. — Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon. — Bulletin de la Société de médecine de Rouen. — Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest (Rennes). — Bulletin des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais. — Compte rendu annuel et procès-verbaux des séances de la Société de médecine de Nancy. — Le Centre médical et pharmaceutique (Commentry). — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. — Marseille médical. — Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône. — Revue médicale de l'Est. — Union médicale du Nord-Est.

Étranger. — Annals of Surgery (Philadelphie). — Archiv für klinische Chirurgie (Berlin). — British medical Journal (Londres). — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the Johns Hopkins Hospital (Baltimore). — Bulletin médical de Québec. — Gazeta medica de Costa-Rica. — Gazette médicale de Strasbourg. — Medical Record (New-York. — Medico-Chirurgical Transactions (Londres). — Revista de chirurgie (Bucarest). — Revue médicale de la Suisse romande. — Transactions of the american otological society (New Befdord). — Transactions of the americans urgical association (Philadelphie). — Transactions of the pathological society of London. — Upsala läkareförenings Förhandlingar.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1905

Présidence de M. Schwartz.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Des lettres de remerciements de MM. Batut et Chevrier, lauréats de la Société de chirurgie.

3°. — Une lettre de M. Villard qui remercie de la récompense qui lui a éte accordée en raison de son mémoire pour le prix Laborie.

4°. — Une lettre de M. Delorme qui retenu par ses fonctions au ministère de la Guerre s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

5°. — Une lettre adressée par le bureau du XVe Congrès international de médecine qui demande à la Société de chirurgie de se faire représenter au Congrès par un délégué de son choix.

6°. — Une lettre de M. Monteils, membre correspondant, qui offre à la bibliothèque de la Société, deux livres :
L'Anatomie, de Bartholin (1674);
Les œuvres complètes, de Galien (1553).

M. le Président, au nom de la Société de chirurgie, envoie ses remerciements à M. Monteils.

A propos de la correspondance.

M. Sebileau dépose sur le bureau ;

1° Un travail de M. Moure, intitulé : *Corps étrangers des voies aériennes profondes (deux fragments d'os de cochon), abcès du poumon. Extraction par la bronchoscopie inférieure*;

2° Un travail de M. Lombard, intitulé : *Épingle dans la bronche droite. Extraction par la bronchoscopie.*

Ces deux travaux sont renvoyés à une Commission dont M. Sebileau est nommé rapporteur.

M. Tuffier dépose deux observations de M. Guibal (de Béziers) intitulées, la première : *Granulie péritonéale aiguë d'origine tubaire Laparotomie, castration, guérison*); — la deuxième : *Anurie calculeuse. Rein unique. Néphrotomie, guérison.*

Ces deux travaux sont envoyés à une Commission dont M. Tuffier est nommé rapporteur.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la chloroformisation.

M. Kirmisson. — Nous ne saurions trop nous réjouir de voir la question de la chloroformisation entrer dans une voie vraiment scientifique. Quand on se rappelle avec quelle insoucience le chloroforme était administré jusqu'à ces vingt dernières années, on ne peut s'étonner que d'une chose, c'est que les accidents n'aient pas été plus nombreux. Un aide quelconque prenait un chloroforme quelconque et le versait au hasard sur une compresse. Fort heureusement, depuis de nombreuses années déjà, on s'est préoccupé du côté chimique de la question, et nous possédons aujourd'hui dans le commerce bon nombre de marques, qui nous sont des garanties suffisantes de la pureté du produit. Aujourd'hui la question est reprise à un point de vue nouveau ; nous nous préoccupons actuellement du mode d'administration de l'anesthésique. Ici, deux méthodes sont en présence ; l'une, dans laquelle on se propose d'administrer au malade des mélanges titrés d'air et de chloroforme, méthode qui dérive des recherches physiologiques de Paul Bert et des premières expériences cliniques faites

par lui dans le service de Péan, en 1884, à l'hôpital Saint-Louis. L'autre méthode est fondée sur l'association de l'oxygène au chloroforme. Bien que de nombreuses tentatives eussent été faites précédemment dans cette voie, il est juste de dire que la question a été étudiée surtout en Allemagne dans ces dernières années. En 1901, M. Wohlgemuth (de Berlin) présentait son appareil, au Congrès allemand de chirurgie ; l'année suivante, en 1902, M. Roth (de Lübeck) présentait au même Congrès son premier appareil, auquel il faisait subir bientôt d'importantes modifications. C'est avec ce second modèle de l'appareil de Roth que je vous ai présenté l'année dernière dans la séance du 20 juillet que j'ai commencé mes premières expériences le 20 décembre 1902 ; il y a donc aujourd'hui un peu plus de deux ans. L'année dernière, dans la séance du 29 mars, je faisais connaître à l'Académie de médecine les résultats de mes premières chloroformisations qui étaient alors au nombre de 229. Aujourd'hui ce chiffre atteint 463, et les résultats obtenus confirment absolument ceux que j'annonçais dans ma première communication.

Dans les conditions où nous opérons, c'est-à-dire chez les enfants et jusqu'à l'âge de quinze ans, nous comptons généralement, suivant les cas, cinq, six ou sept minutes pour arriver à l'anesthésie. Celle-ci est calme et régulière ; le pouls reste plein, la face bien colorée. Jamais nous n'avons besoin d'exercer de tractions sur la langue, jamais nous n'observons d'alertes chloroformiques. Sans doute, il est un certain nombre de malades qui vomissent après l'opération, mais sur la table d'opérations elle-même, les vomissements sont tout à fait exceptionnels ; nous ne les avons observés que dans les cas ou nous avions cessé trop tôt l'administration du chloroforme. La quantité de chloroforme employée est peu considérable ; nous l'évaluons, en général en moyenne, à 15 grammes par heure. Pour en donner une idée, je citerai ici quelques chiffres. Voici, par exemple, un jeune homme de seize ans, chez lequel j'ai pratiqué, dans une même séance, une ostéotomie supra-condylienne pour genu valgum et une opération de phimosis ; la durée totale de la chloroformisation a été chez lui de trente-six minutes ; on a employé 12 grammes de chloroforme ; sept minutes ont été nécessaires pour arriver à l'anesthésie. Un jeune homme de quatorze ans et demi, que j'opérais pour une ectopie testiculaire a pris en trente minutes 8 grammes de chloroforme ; chez un autre garçon de treize ans, opéré également pour ectopie testiculaire, l'opération a duré également trente minutes, la quantité de chloroforme dépensée a été de neuf grammes ; six minutes et demie ont été nécessaires pour arriver à l'anesthésie. Une jeune fille de quatorze ans et demi atteinte

d'imperforation du vagin a été endormie pendant vingt-deux minutes avec 8 grammes de chloroforme; l'anesthésie a été obtenue au bout de six minutes et demie.

Ce qui frappe avec l'appareil de Roth, comme avec tous les appareils qui permettent d'administrer des mélanges titrés de chloroforme, c'est la faible quantité de chloroforme employée.

L'avantage principal, c'est surtout d'éviter qu'à un moment donné il n'y ait une surcharge trop grande de chloroforme dans le torrent circulatoire ; car, ce qui importe, comme l'ont bien montré les expériences physiologiques, c'est moins la quantité du chloroforme employée, que le titre des vapeurs chloroformiques administrées à un moment donné. Il en résulte que tel malade qui a absorbé 3 ou 4 grammes de chloroforme dans un court espace de temps, peut en avoir trop pris, tandis qu'un autre malade qui a absorbé 25 ou 30 grammes de chloroforme, répartis sur un espace de temps considérable, n'en éprouve aucun effet fâcheux. C'est là qu'est tout le secret de la chloroformisation. Aussi, quel que soit l'appareil auquel il a recours, le chloroformisateur ne doit-il pas oublier les données de la physiologie, et tenir compte des trois périodes de la chloroformisation : 1° première période, dans laquelle il convient de donner le chloroforme à petites doses, de façon à habituer peu à peu la muqueuse des voies respiratoires au contact des vapeurs chloroformiques, et éviter ainsi les réflexes dangereux du début, susceptibles de déterminer une syncope mortelle ; 2° deuxième période, dans laquelle il faut arriver à des doses beaucoup plus fortes pour obtenir l'anesthésie complète ; 3° troisième période, dans laquelle l'anesthésie étant complète, il suffit de doses extrêmement minimes de chloroforme pour l'entretenir.

C'est ainsi qu'avec l'appareil de Roth, nous commençons habituellement la chloroformisation avec 1 litre d'oxygène ; puis, pour arriver à l'anesthésie complète, nous employons 2 litres, 2 litres et demi, et même exceptionnellement 3 litres par minute. Enfin, la chloroformisation étant complète, nous abaissons la dose à un demi-litre par minute, ce qui nous a paru être, dans l'immense majorité des cas, la dose d'entretien.

Est-ce à dire que, même avec les précautions les plus minutieuses et les appareils les plus perfectionnés, on arrivera à une sécurité complète, absolue ? Ce serait une bien grande présomption que de le croire. Pour ma part, j'ai connaissance jusqu'ici d'un accident mortel survenu avec l'appareil de Roth. Le fait s'est passé dans le service du professeur Hoffa. Dès que j'en ai eu connaissance, j'ai écrit à ce chirurgien pour avoir de lui-même des détails précis sur ce fait malheureux. Je transcris ici sa

réponse, telle qu'elle m'est parvenue dans une lettre datée du 15 décembre dernier :

« Quant au cas malheureux que nous avons eu avec l'appareil de Roth-Dræger, il s'agissait d'un homme âgé de trente-cinq ans, qui devait être opéré pour une fracture mal consolidée de la jambe. Il ne présentait cliniquement rien d'anormal au cœur, aux poumons, ni aux autres viscères. Il était monté très tranquillement sur la table d'opération, et l'on avait, comme d'habitude, commencé l'anesthésie avec de petites quantités de chloroforme (10 gouttes par minute). Après quelques inspirations, il est devenu cyanotique ; cœur et poumons ont cessé brusquement de fonctionner. On lui a donné de l'oxygène ; on lui a fait la respiration artificielle, électricité, etc., pendant deux heures, le tout sans aucun résultat. A l'autopsie, on n'a rien trouvé aux organes internes. Il s'agit donc d'une syncope primitive. En dehors de ce cas, nous n'avons pas eu d'autres accidents, même légers, avec l'appareil que j'emploie presque exclusivement depuis seize mois, chez les enfants comme chez les adultes. »

Comme le dit très bien le Dr Roth, dans un article publié dans le premier numéro du *Centralblatt für Chirurgie* de cette année, la question, c'est de savoir si l'oxygène peut être considéré jusqu'à un certain point comme l'antidote du chloroforme, si, en d'autres termes, son emploi présente des avantages particuliers. La question ne saurait tarder à être résolue ; je continuerai, pour ma part, avec certains de mes collègues, à me servir de l'appareil de Roth, qui m'a donné jusqu'ici pleine satisfaction. D'autres de nos collègues mettront en usage les appareils qui procurent des mélanges titrés d'air et de chloroforme, et bientôt nous verrons de quel côté se montre le maximum d'avantages. Quoi qu'il en soit, nous sommes d'ores et déjà entrés résolument les uns et les autres dans la voie du progrès ; la vérité complète ne tardera pas à se manifester, et bientôt, je l'espère, le procédé de la compresse, procédé incertain et aveugle, aura vécu.

M. A. Ricard. — De la discussion qui vient de s'engager sur la chloroformisation et les appareils à chloroforme, il semble bien que la classique compresse soit sur le point d'être abandonnée.

La comparaison n'est donc plus à établir entre la chloroformisation à la compresse et la chloroformisation avec les appareils, mais suivant la judicieuse remarque de notre collègue Quénu, elle ne doit plus porter que sur les mérites réciproques des différents appareils, préconisés pour l'anesthésie.

Ces appareils sont au nombre de quatre : l'appareil allemand de Roth-Dræger ; l'appareil anglais de Vernon-Harcourt ; l'appareil

français de Reynier, Dupont, Chabaud et Thurneyssen; et enfin l'appareil que j'ai présenté moi-même à la Société de chirurgie.

L'appareil de Roth-Dræger avec ou sans détenteur de Guglielminetti est chaudement défendu par ceux de nos confrères qui l'emploient.

Malgré sa complexité apparente, l'administration du chloroforme est facile, l'anesthésie est régulière, les incidents anesthésiques ou post-anesthésiques sont des plus rares, la période d'excitation qu'on décrivait comme inévitable est souvent supprimée, la dépense en chloroforme est minime.

Tous ces avantages ne sauraient être constestés, ils résultent de l'accord unanime de nos collègues qui emploient l'appareil de Roth.

A quoi sont dus ces avantages? Est-ce à la présence de l'oxygène, comme le pense M. Lucas Championnière? Je répondrai très fermement que les mérites de cet appareil ne sont nullement dus à l'oxygène. Et pour appuyer cette assertion, je n'ai qu'à examiner ce qui se passe avec les autres appareils, qui n'utilisent pour leur mélange gazeux que l'air extérieur de la salle d'opération.

Relisez ce que nous dit Monprofit, de l'appareil de Vernon-Harcourt, et ceux qui l'on utilisé certifieront la vérité de ce qu'il avance; relisez la communication de M. Reynier et la mienne, et vous verrez que les appareils à air et chloroforme donnent la même économie de chloroforme, la même narcose régulière, l'absence d'excitation, etc., etc. On est frappé, en lisant les comptes rendus des anesthésies par les différents appareils, de la similitude des résultats obtenus.

Or ces appareils, dissemblables par la nature du mélange gazeux qu'ils emploient, sont semblables par le mode d'administration régulier, sans intermittence et lentement progressif du mélange gazeux. Je suis persuadé que si un aide maniait irrégulièrement le Roth-Dræger, il aurait, malgré l'oxygène, les mêmes accidents que nous enregistrions auparavant, avec la compresse.

Le Roth-Dræger et les autres appareils ont un point commun ou plutôt un mode d'administration commun, ils permettent de donner, avec une progression régulière, un mélange titré de chloroforme. C'est la régularité dans l'administration du chloroforme, jointe aux dosages judicieux, qui constitue la caractéristique de tous ces appareils. Dans ces conditions, je conclurai en disant que, à mérites égaux, l'appareil de Roth-Dræger a contre lui son prix relativement élevé et sa complexité. Son volume et son poids le rendent difficilement transportable et limitent son emploi aux hôpitaux et aux maisons de santé. C'est un appareil de clinique, ce ne saurait être un appareil courant.

Nous avons déjà dit ce que nous pensions de l'appareil de Vernon-Harcourt. Cet appareil permet de donner aux malades un mélange de chloroforme et d'air allant de 0 à 2 p. 100; il y a quelques inconvénients de construction que j'ai déjà signalés, et qui m'ont fait chercher mieux. Le principal de ces défauts est la lenteur frequente de l'anesthésie. Quelques alcooliques même n'ont pu être anesthésiés. Certains de nos collègues qui ont cet appareil commencent le chloroforme à la compresse, ce qui enlève à l'appareil un de ses principaux mérites, car ce sont les accidents du début qui sont à redouter avec la compresse. L'appareil est assez fatigant à manier et à tenir en équilibre, si l'anesthésiste doit rester une heure ou deux près des opérés. Le mode d'attache du flacon de chloroforme est également défectueux. Bref, malgré des avantages incontestables, l'appareil de Vernon-Harcourt, dont le prix est déjà appréciable, ne me parait pas être supérieur aux deux autres qui me restent à étudier.

M. Reynier a présenté à l'Académie et à notre Société un appareil très réduit, très maniable, qu'il a imaginé en collaboration avec M. Dupont et fait construire par MM. Chabaud et Thurneyssen.

Cet appareil et le mien ont des analogies d'apparence, mais en réalité sont très différents dans leur mode de fonctionnement.

Je ferai à l'appareil de M. Reynier des reproches tout théoriques, par exemple d'expirer des vapeurs de chloroforme, comme il en inspire, d'être surchargé d'un thermomètre inutile et surtout de n'avoir pas de soupapes, sous prétexte que Paul Bert avait dit autrefois que la soupape c'était l'ennemi.

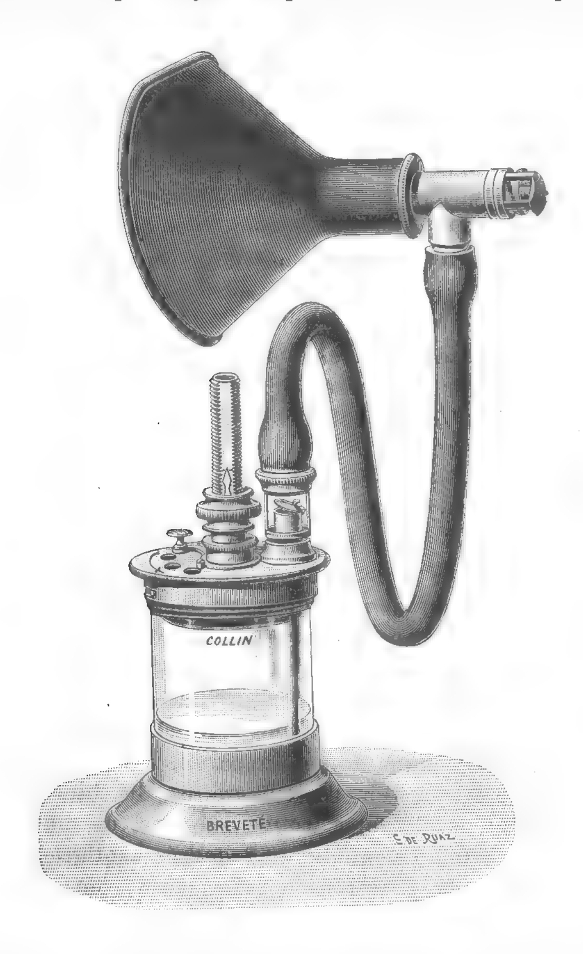
Je n'ai pas à faire la critique de l'appareil de M. Reynier que je ne connais pas suffisamment. Je veux simplement dire ce qui m'a guidé dans la construction de mon appareil.

Je répète que la question de température du chloroforme me laisse indifférent. M. Reynier trouve que c'est de ma part une erreur bien regrettable et que pour 2 degrés centigrades le titre des vapeurs varie de 1 p. 100 en poids, ce qui en volume fait varier de 0,25 p. 100, puisque les 8 p. 100 de M. Reynier correspondent au 2 p. 100 de mon appareil, dont les chiffres ont été calculés en vapeur et non en poids.

Si l'abaissement de température diminue la richesse du mélange chloroformique, ce qui est incontestable, il suffit de diminuer la quantité d'air qui entre pour constituer le mélange et la proportion est rétablie quelle que soit la température. A température basse je suis obligé d'obturer plus d'orifice, à température haute je laisse ouvertes plus de prises d'air.

Or, je le disais lors de ma première présentation à la Société de

chirurgie, ce qui fait varier le pourcentage des vapeurs, c'est surtout le rythme et l'amplitude respiratoires. A côté de ces malades qui ont une respiration lente et sans amplitude, il en est d'autres dont l'excitation se traduit par une respiration saccadée, rapide et profonde. Comparez, je vous prie, les modifications qui se pro-



duisent dans la quantité de vapeurs chloroformiques inspirées dans ce dernier cas et celles qui sont susceptibles de se produire sous l'influence d'un changement de température. Celles-ci sont absolument négligeables à côté de celles-là. Ce qu'il faut c'est que l'anesthésiste constate comment marche l'anesthésie. Si l'anesthésie est ralentie, que ce soit respiration faible ou température insuffisante, il n'a qu'un moyen mais un moyen excellent à sa disposition, il ferme plus ou moins ses prises d'air et il

augmente ainsi la richesse de son mélange et la quantité de chloroforme inspirée.

Je dirai d'ailleurs qu'en pratique, avec l'appareil que j'ai fait construire, je n'ai jamais eu à m'occuper de la température du chloroforme, l'anesthésiste n'a qu'à voir si l'anesthésie est suffisante ou insuffisante et à se comporter en conséquence.

Reste la question des soupapes. Je regrette pour l'appareil de M. Reynier qu'il n'ait pas de soupapes, il serait plus complet. Nos soupapes sont légères et fidèles. L'obstacle qu'elles opposent à la respiration est négligeable, et cela malgré la théorie, malgré l'autorité de M. Richet que M. Reynier invoque à l'appui de sa thèse. Je réponds par des faits et par l'expérience que j'ai de mon appareil, et je ne crois pas comme M. Reynier que cet obstacle imperceptible à l'état de veille soit infranchissable pour l'individu anesthésié.

M. Reynier fait une objection théorique, je lui réponds en pratique que son objection n'existe pas, mais par contre, si je n'admets pas les inconvénients de la soupape, j'y reconnais d'immenses avantages, et des avantages tels que, si la soupape n'existait pas, il faudrait l'inventer.

Car cette soupape, c'est pour l'anesthésiste la sécurité de tous les instants, c'est pour le chirurgien la tranquillité constante. L'anesthésiste voit la soupape se soulever et le chirurgien à distance *entend* le rythme respiratoire.

D'ailleurs, presque tous les chirurgiens qui ont vu fonctionner l'appareil que la maison Collin a fait construire sur mes indications ont été immédiatement désireux d'en faire usage.

La description figure dans nos Bulletins, et en voici le dessin.

Je ne veux pas insister sur les mérites de cet appareil, pour lequel évidemment j'ai un faible, mais je traduirai fidèlement ma pensée en disant que je me suis servi de cet appareil dans plus de deux cents anesthésies, et que toujours les résultats se sont suivis avec la même régularité et la même perfection.

Rapports.

Note sur l'application de l'extension continue aux fractures obliques de jambe, par M. L. Ombredanne.

Rapport par M. NÉLATON.

M. Ombredanne nous a fait une communication ayant trait aux fractures obliques de la jambe avec grand chevauchement.

Je n'insiste pas sur les difficultés de traitement de ces fractures avec lesquelles nous avons tous été aux prises. Je ne fais que rappeler les mauvais résultats couramment obtenus avec les appareils plâtrés avant que M. Hennequin n'eût doté notre thérapeutique des appareils à extension continue.

La communication de M. Ombredanne a pour but de décrire et de montrer une modification, qu'il espère être une simplification, de l'appareil d'Hennequin. Voici en quoi consiste l'appareil de M. Ombredanne :

Il comprend :

1° Une chaussure permettant l'application de l'extension sur le pied ;

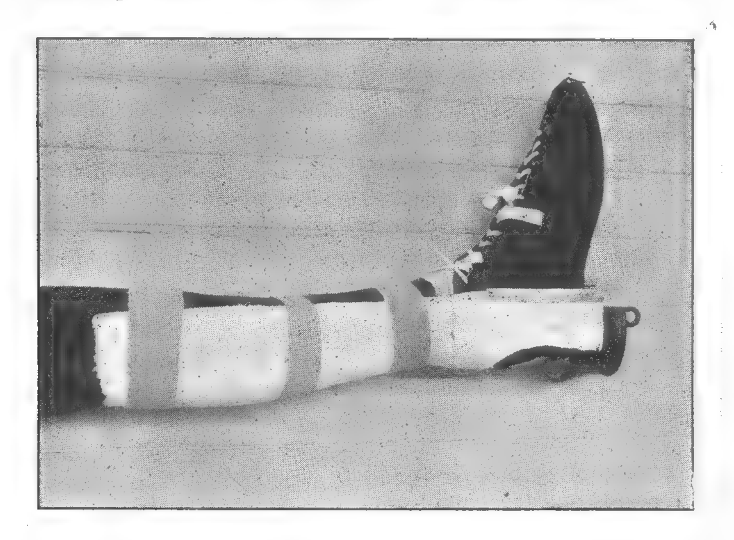
2° Uue gouttière plâtrée destinée à fixer la jambe et à diriger la traction exercée sur le pied suivant l'axe de la jambe.

La chaussure est une de ces pantoufles fourrées vendues dans le commerce sous le nom de *confortables*. M. Ombredanne lui fait subir diverses modifications. D'abord par une section médiane il agrandit l'ouverture de cette bottine de manière que le pied puisse y être introduit très facilement. Il pratique des trous pour y passer un lacet, de chaque côté de la section médiane dorsale, et transforme ainsi cette chaussure en bottine lacée. Puis au niveau du talon de la bottine il enlève toute la partie de la chaussure et du contrefort qui correspondent au talon en ne laissant que la semelle à ce niveau. Une fenêtre est ainsi créée au niveau de laquelle le talon échappe à tout contact. Enfin il fait ajouter à la pantoufle un fort talon dans lequel il visse un fort piton à crochet.

La gouttière de jambe est la même que celle conseillée par Hennequin. Cette gouttière plâtrée commençant à la jarretière s'arrête au niveau du tendon d'Achille à un travers de doigt au-dessus de son insertion calcanéenne. A ce niveau elle se termine sur la ligne médiane de façon à ne point recouvrir le talon, mais se continue latéralement sous forme de deux prolongements qui forment œillères aux malléoles.

Cette gouttière plâtrée ainsi disposée empêche, ainsi qu'Hennequin le fait remarquer, tout déplacement sur les côtés et assure une traction efficace sans déplacement latéral. Mais cette gouttière ainsi disposée n'empêche pas les déplacements dans le sens antéro-postérieur.

C'est pourquoi M. Ombredanne l'a, je crois, très avantageusement modifiée en y apportant le dispositif suivant : Pour rendre rigides et résistants les bords antérieurs des deux prolongements en œillères de la gouttière plâtrée il les borde avec deux petites gouttières en zinc. Une plaquette de zinc de 5 à 6 centimètres de longueur, de 3 à 4 de large est tout simplement repliée sur elle-même pour coiffer le bord antérieur des œillères.



Puis une aiguille à tricoter est passée à un niveau déterminé à travers la semelle de la pantoufle. Les bouts de l'aiguille à tricoter appuient sur les gouttières de zinc qui résistent et tout déplacement antéro-postérieur est ainsi évité.

A la vérité, pour que la traction dans l'axe de la jambe s'exerce sans aucune déviation antéro-postérieure il faut au moment ou on applique l'appareil, soigneusement repérer l'axe de la jambe et soigneusement placer en bon lieu à travers la semelle l'aiguille à tricoter directrice de la traction. Mais une fois celle-ci passée, vous pouvez exercer la traction sans vous occuper de rien.

Le reste de l'appareil emprunte à Hennequin sa gouttière et son mode de traction et je n'insiste pas.

Messieurs, vous me permettrez de vous faire remarquer que cet appareil qui n'est qu'une modification de l'excellent appareil Hennequin mérite de retenir votre attention un instant. Le seul

défaut que l'on puisse découvrir dans l'appareil d'Hennequin est que pour le bien faire, je dirai même plus pour qu'il *soit supportable*, il faut qu'il soit appliqué par des mains expérimentées.

En effet l'extension pratiquée avec le pied supportant l'effort de la traction est difficile à tolérer. Des pressions douloureuses sur le dos du pied, sur le talon se produisent facilement et finissent par provoquer des escarres et, je le répète, si l'appareil n'est pas très bien mis le malade supplie le chirurgien de l'en débarrasser.

Or, ce qui est difficile a appliquer dans l'appareil d'Hennequin c'est la partie de l'appareil qui enveloppe le pied et qui transmet la traction.

M. Ombredanne suprime cette difficulté en prenant un agent de tractions tout confectionné et préparé dans de bonnes conditions.

A la vérité, il nous recommande et cela avec grande raison de doubler la chaussure avec de petits matelas de lin au niveau des malléoles du talon et du cou-de-pied, de façon à exagérer encore les précautions, mais cette manœuvre est plus simple que la confection de la sandale plâtrée.

D'autre part, il me paraît certain que l'idée de rendre rigide et glissant le bord antérieur des prolongements de la gouttière plâtrée, de façon que l'aiguille a tricoter qui traverse la semelle prenne point d'appui sur eux et donne la direction de la traction, est une amélioration réelle.

Messieurs, je ne veux pas allonger ce rapport et je termine, en vous disant que je crois cet appareil bon, parce que je l'ai vu expérimenter dans mon service déjà depuis plusieurs années, et qu'il nous a donné de très bons résultats. D'autre part les fractures obliques de jambe sont des plus difficiles à traiter ce sont celles que guette au premier chef la chirurgie sanglante et je crois pour mon compte qu'un bon appareil simple et bien appliqué peut faire mieux dans la plupart des cas que la suture osseuse.

Communication.

De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses,

par M. F. LEGUEU.

Depuis le jour déjà lointain où Ullmann pratiquait pour la première fois l'ablation de la vésicule séminale tuberculeuse, depuis

que Roux en 1891 et plus tard Villeneuve ont étendu les indications de la spermatocystectomie, peu d'opérations de ce genre ont encore été jusqu'à ce jour pratiquées. Dans un travail de mon élève et ami Kendirdjy qui paraîtra sous peu, le nombre des opérations actuelles s'élève tout au plus à une quarantaine.

De cette abstention systématique, les raisons sout multiples et d'ailleurs plausibles; c'est d'une part l'inaccessibilité relative des vésicules à une époque où les voies n'étaient pas ouvertes, c'est d'autre part l'inutilité inconstestable de ces opérations dans le plus grand nombre des cas.

Aujourd'hui les voies sont ouvertes; et la première raison n'existe plus. Et sur la seconde, je pense qu'il y a lieu d'en appeler dans certains cas que je tâcherai de préciser.

J'ai eu l'occasion de pratiquer six fois cette opération depuis quelques années : ma première opération remonte à 1901, ma dernière date de quelques jours. Et je voudrais vous exposer les résultats de ma pratique sur ce point si complexe de la tuberculose génitale, et puisque la question n'a jamais été encore à ma connaissance du moins, abordée sous cette forme à cette tribune, envisager devant vous la technique, les résultats et les indications de la spermatocystectomie dans la tuberculose.

I. *Technique.* — Deux voies nous sont ouvertes pour aborder les vésicules séminales, la voie *inguinale* et la voie *périnéale*.

La voie *inguinale*, préconisée par Villeneuve, en 1891, n'a jamais eu beaucoup de partisans. MM. Baudet et Duval (1) en 1901, ont essayé de la réhabiliter dans un mémoire de la *Revue de chirurgie*, en perfectionnant le manuel opératoire, en multipliant les points de repère. Je n'ai eu recours qu'une fois à cette incision pour enlever la vésicule séminale, et j'ai suivi d'autant plus exactement la technique de Baudet et Duval, que j'avais le plaisir d'être aidé dans cette opération, par Duval lui-même, et malgré que j'aie pu faire une opération très correcte et enlever la vésicule droite dans son intégrité, je suis loin de partager l'optimisme de ceux qui disent que l'opération est par cette voie simple, facile et sans dangers.

Une incision verticale sur le bord externe du muscle droit conduit à la couche sous-péritonéale. On cherche le déférent, et on le suit vers la profondeur; c'est un guide sûr qui va vous conduire directement sur ce flanc externe de la vésicule. Mais au fur et à mesure qu'on approche de la vésicule, les difficultés augmentent

(1) Baudet et Duval. Extirpation totale du canal déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale. *Revue de chirurgie*, 1901. t. I, p. 395.

en raison directe de la profondeur. Au-dessous du péritoine récliné en haut sous un large écarteur, on chemine au contact de l'uretère qui doit rester accolé à la paroi pelvienne avec les vaisseaux, tout près de la vessie vide, flasque et molle; le péritoine peut être blessé, la blessure, il est vrai, serait sans dangers, mais à cette profondeur on n'a pas le large accès qui permet des sensations faciles et nettes.

Ces difficultés se retrouvent encore et surtout lorsque la vésicule est reconnue et qu'il s'agit de la libérer de la loge dans laquelle elle est incluse; les points d'appui font défaut, et pour peu qu'elle tienne, je ne sais comment on ferait pour l'enlever. La voie haute offre en outre cet inconvénient de ne permettre que l'ablation d'une vésicule, elle ne convient donc qu'aux lésions unilatérales et cet inconvénient n'est pas suffisamment compensé par l'avantage qu'elle procure d'enlever complètement le canal déférent.

En résumé, la voie inguinale quoique très méthodique, très réglée, très précise, m'est apparue comme moins pratique, moins expéditive que la *voie périnéale*, et c'est à cette dernière que vont toutes mes préférences.

De ce côté, en effet, familiarisé avec la manœuvre du décollement prostatique, habitué à intervenir sur la prostate par la voie périnéale, il était naturel que nous nous trouvions plus à l'aise pour aborder les vésicules séminales.

Roux, dans ses premières opérations au moins, faisait une incision courbe sur le côté de l'anus. Baudet et Kendirdjy qui sont ici les premiers, je pense, à avoir fait cette opération ont substitué à l'incision latérale de Roux l'incision périnéale et appliqué la méthode périnéale décrite par Quénu et Baudet pour l'extirpation du rectum cancéreux.

La technique moderne de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie à la manière de Proust et Gosset nous ouvrait une voie directe vers les vésicules, et nous avons toujours procédé, dans nos opérations de vésiculectomie comme s'il s'était agi d'une prostatectomie.

Une incision courbe est menée au-devant du rectum. Le rectum est décollé, la prostate abordée est mise à nu par sa face postérieure. A ce moment il suffit de poursuivre le décollement de l'espace décollable : ce décollement peut se faire très haut et très facilement, sauf dans les cas où il y a de la périvésiculite intense. Sur le plan antérieur on sent plutôt qu'on ne voit de l'œil les vésicules séminales ; on sent au doigt leurs irrégularités, leurs bosselures noueuses.

Sur la face inférieure de la vésicule la plus saillante, je fais

alors une incision au bistouri, nette, longitudinale, parallèle à la vésicule elle-même ; celle-ci apparaît alors relativement libre dans sa gaine ou du moins isolable.

Le décollement de la vésicule est très simple ou très compliqué. Il peut être très difficile à réaliser comme dans un de mes cas, où opérant pour une vieille lésion fistuleuse et suppurée, ayant créé partout des adhérences et des contacts solides, je ne pus ni reconnaître l'espace décollable, ni séparer les vésicules de leur gaine. J'ai dû faire ce que j'ai toujours fait ailleurs, éviter le morcellement des vésicules, craignant avec raison d'ouvrir le rectum qui n'était pas décollé, ou la vessie qui adhérait ferme, ou le péritoine que je n'aurais pu suturer.

J'ai renoncé à extirper cette partie supérieure, ce fond qui ne voulait pas venir et j'ai fait une opération incomplète.

En général, le decollement s'effectue très aisément, sauf au niveau du fond, c'est-à-dire de l'extrémité supérieure des vésicules. A ce niveau élevé, les doigts ne peuvent parvenir, et il y a là un dôme qui tient plus que le reste.

Dans mes premières opérations, je voulais atteindre ce fond tout d'abord et l'amener pour être sûr de faire une opération complète ; actuellement j'attaque au contraire la vésicule dans sa partie antérieure, je la sépare de la prostate ainsi que le canal déférent, ou mieux j'enlève en même temps qu'elle le lobe correspondant à la prostate sans ouvrir l'urètre, et saisissant dans une pince le segment antérieur détaché de ces deux organes, je les décolle peu à peu de la face inférieure de la vessie, et il est ainsi beaucoup plus facile de faire remonter le décollement jusqu'au niveau du pôle supérieur de la vésicule, à condition cependant de très peu tirer pour ne pas déchirer.

Pour enlever la seconde vésicule, j'incise sa gaine sur le point le plus accessible, quelquefois sur la face interne, sur celle par laquelle la vésicule regarde sa congénère. L'opération se poursuit de la même façon, et à la suite, il reste au-dessous de la vessie une très grande, trés spacieuse cavité, qui est si mince, si lisse à sa face interne qu'elle ressemble assez à celle de la vessie distendue.

Je la suture sur un drain que je glisse dans la cavité, je ferme au-dessous les releveurs. Je réunis presque complètement la plaie périnéale. Il m'est arrivé deux fois de faire cette opération sans une seule ligature.

Je procède ensuite à l'ablation par la voie inguino-scrotale des déférents et des épididymes. Pour obtenir le canal déférent de ce côté, il est nécessaire de le libérer le plus possible par le périnée, comme le recommandent Baudet et Kendirdjy de manière à

pouvoir l'attirer par la plaie inguinale. Si la libération est mal faite, insuffisante, le déférent va se briser lorsque par la plaie inguinale on va exercer sur lui une certaine traction, et le fragment conservé, abandonné, peut être comme je l'ai vu dans un de mes cas, l'occasion d'une suppuration profonde et d'une élimination secondaire. Pour éviter cet inconvénient, il faut d'abord par la voie périnéale faire une libération aussi complète que possible de la terminaison du déférent et ensuite faire remonter l'incision inguinale assez haut pour atteindre le niveau où le décollement a été effectué par en bas. Lorsque au contraire l'épididyme est sain d'un côté, il n'y a pas de raison d'enlever le déférent, il suffit d'en pratiquer la ligature au fond de la plaie périnéale avant de la fermer.

En résumé par la voie périnéale l'accès aux deux vésicules est assuré, la libération des cordons peut être faite par cette voie d'une façon assez complète pour que l'extraction en soit assez facile après cela par la voie inguinale; l'opération se présente ainsi dans des conditions plus favorables pour la majorité des cas que la voie inguinale. J'y ai eu recours cinq fois et je lui donne résolument la préférence. Si elle est parfois difficile à cause des adhérences, la voie inguinale le serait encore bien davantage et de ce côté l'extirpation serait impossible.

II. *Résultats.* — J'ai pratiqué six fois l'ablation des vésicules séminales; quatre fois l'extirpation fut bilatérale et pratiquée par la voie périnéale, deux fois une seule vésicule était prise, et je l'enlevai une fois par la voie inguinale, et une autre fois par le périnée.

Dans un seul cas, la lésion était fistuleuse et suppurée, et c'est pour remédier à une fistule tuberculeuse du périnée, fistule ayant plutôt son point de départ dans la prostate, que j'ai été appelé à intervenir et a enlever les vésicules séminales. Mais dans les quatre autres cas, il s'agissait de tuberculose fermée.

Dans tous les cas, la totalité ou du moins une partie très importante de la prostate fut enlevée en même temps que les vésicules séminales. Dans tous les cas également l'opération a dû porter également sur l'épididyme et le canal déférent d'un côté au moins; l'un et l'autre furent enlevés intégralement. Une seule fois, les testicules étaient intacts, et je me suis contenté, de faire la double ligature du déférent.

Le résultat *opératoire* a toujours été très favorable.

Tous mes malades ont guéri : un seul a une eu complication; opéré par la voie périnéale, il eut au quatrième jour une hémorragie secondaire assez importante. Une crise de diarrhée incoercible et survenue peu de jours après l'opération avait infecté la

plaie et provoqué cette complication, qui n'eut d'autre inconvénient que d'affaiblir pour quelque temps ce malade. Chez tous les autres les suites furent particulièrement simples. Je note chez deux malades une petite fistule urinaire, qui persista pendant quelque temps par la voie périnéale. Ces fistules sont dus à des blessures de l'urètre : lors de l'ablation de la prostate, et avec ou sans sonde à demeure, une fistule urinaire persiste pendant un certain temps.

Au point de vue du résultat éloigné, une de ces opérations est encore trop récente pour que j'en puisse parler à ce point de vue. Parmi les autres malades, un est mort au bout d'un an de tuberculose pulmonaire : il avait avant son opération des lésions bacillaires au poumon qui ne furent pas modifiées par l'opération et continuèrent ensuite leur évolution, mais quatre autres de ces malades opérés en 1901, 1902 et 1904, sont en bon état.

L'extension de la tuberculose a été entravée; les mictions sont moins fréquentes et les urines sont restées claires. Les testicules n'ont présenté aucune nouvelle localisation tuberculeuse, et l'appareil urinaire est indemne.

Ces résultats sont donc conformes à ceux observés par d'autres chirurgiens, par Villeneuve, par Roux qui ont noté la bénignité de ces opérations et leur utilité dans certaines formes de la tuberculose génitale. Ils montrent en particulier que la localisation de ces tuberculoses à l'appareil génital est souvent assez exactement limitée pour que leur ablation puisse être faite dans de bonnes conditions.

III. *Indications.* — Il est un fait qui domine toute l'histoire de la tuberculose des vésicules séminales, c'est la bénignité de cette localisation et sa tendance à l'enkystement fibreux ; c'est là un fait que nous avons chaque jour l'occasion de vérifier en voyant des individus qui conservent pendant des années des noyaux de tuberculose enkystés, étouffés et apparemment guéris. Cette tendance naturelle à la guérison spontanée dispense la plupart des malades d'avoir recours à nos soins : le traitement médical général leur suffit.

Je suis convaincu de cette bénignité des lésions tuberculeuses prostato-vésiculaires, et c'est une des raisons qui m'a fait restreindre l'opération radicale à de rares occasions.

Pour limitées qu'elles soient, les indications de la spermatocystotomie ne me paraissent pas moins formelles dans quelques cas.

Si en effet, nous voulons bien envisager ce qui se passe quand la maladie a une allure moins bénigne, moins heureuse, quand elle s'aggrave, quand elle progresse, nous verrons en effet que la tuberculose séminale subit une double évolution qui se juxtapose,

se combine et s'associe : 1° elle se propage aux testicules et 2° elle subit la fonte caséeuse.

Elle se propage aux épididymes et aux testicules, et c'est d'ailleurs le plus souvent à l'occasion d'un noyau épididymaire que nous avons l'occasion de voir ces malades, et de reconnaître dans la profondeur des lésions prostato-vésiculaires.

Sans doute, il est des tuberculoses séminales qui résultent d'une contamination par le sperme, venant d'un testicule malade primitivement.

Mais l'examen suivi et prolongé d'un grand nombre de cas montre aussi que le plus souvent la propagation de la tuberculose s'effectue dans un autre sens, que la tuberculose vésiculaire est primitive, et que l'infection épididymaire se réalise plus tard, comme une émanation du foyer principal et primitif vésiculaire. Par quelle voie se fait cette propagation, voie déférentielle ou voie lymphatique, je ne veux pas le discuter pour l'instant, car ceci m'entraînerait trop loin, et je ne veux en retenir que ce fait clinique que nous pouvons chaque jour vérifier, à savoir que la tuberculose séminale se propage très souvent aux épididymes.

2° Elle subit la caséification et forme une caverne *urétro-prostatique sous-vésicale*. Ces lésions sont fréquentes à l'autopsie des tuberculeux génitaux; j'en ai vu beaucoup à Necker, le musée Guyon en contient de nombreux exemples, et MM. Hallé et Motz (1), dans une étude récente sur la tuberculose génitale, ont publié des figures et des descriptions fort suggestives et intéressantes. Elles nous montrent que la tuberculose des vésicules séminales est capable de déterminer des lésions très importantes et susceptibles même d'entraîner la mort, par elle-même, sans compter qu'elles représentent toujours un foyer de tuberculose qui peut généraliser dans les poumons des lésions néfastes.

Il y a donc, parmi ces tuberculoses séminales, des lésions d'une virulence ou d'une malignité particulière : ce sont celles-là qu'il convient d'opérer avant qu'elles n'aient étendu trop loin leurs désordres. C'est pour celles-là que je préconise l'opération, et le difficile est justement de reconnaître en clinique celles qui sont empreintes de ce caractère.

Les tuberculoses vésiculo-prostatiques se présentent à nous dans deux conditions différentes, suivant qu'elles sont ou non associées à la tuberculose urinaire ou pulmonaire. Quand elles sont associées à la tuberculose urinaire, leur histoire est dominée par cette dernière, qu'elle soit vésicale ou rénale; le traitement

(1) Hallé et Motz. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 561.

des lésions vésiculaires passe au second plan et ne comporte aucune indication chirurgicale. Il en est de même pour la tuberculose pulmonaire; en général et sauf réserve de lésions discrètes, limitées, elle constitue elle aussi une contre-indication à l'ablation des vésicules séminales.

Mais ces associations ne sont pas toujours observées : il est des cas, et nombreux, où la tuberculose vésiculaire apparaît et reste longtemps comme primitive, et en tout cas sans aucune extension à l'appareil urinaire. J'ai suivi, pendant des années, des malades avec des lésions ainsi très limitées, très enkystées, sans que l'appareil urinaire fût jamais pris.

Ces malades présentent parfois des fréquences de la miction, quelques petites douleurs, mais ces symptômes ne comportent pas nécessairement par eux-mêmes l'infection de l'appareil urinaire : ils sont la conséquence du voisinage désagréable que les vésicules tuberculeuses imposent à la vessie.

C'est dans ces formes limitées que l'intervention peut, à mon avis, trouver ses applications.

Ces lésions vésiculaires se voient dans deux conditions différentes : elles sont *ouvertes* ou *fermées*.

Pour celles qui sont ouvertes, et j'entends parler seulement de l'ouverture périnéale, l'opération n'est pas discutable, bien que, le plus souvent, ce soit la prostate elle-même qui soit le point de départ de la fistule.

Bien qu'elles puissent guérir spontanément, en général, ces fistules traînent indéfiniment. Aussi, de longtemps, a-t-on pratiqué des curettages, des cautérisations profondes. Je préfère, pour ma part, une intervention plus large, consistant dans l'exérèse intégrale des parties atteintes, prostate et vésicule. Sans doute on rencontrera dans ce cas, comme cela m'est arrivé, des difficultés dans l'opération, mais on s'efforcera dans la mesure du possible de faire une opération complète, et si elle ne l'est pas elle donnera encore un meilleur résultat que ne l'aurait donné un simple curettage.

Plus souvent, la tuberculose vésiculaire est *fermée*, sans communication avec l'extérieur dans des conditions, par conséquent, qui lui permettent, dans la grande majorité des cas, de guérir spontanément. Et c'est dans ces conditions qu'il est très difficile de faire le départ entre les cas qui doivent guérir et ceux qui doivent s'aggraver. Je pose l'indication de l'opération dans ces trois cas que voici : pour les *grosses* lésions, pour les lésions énormes qui font au-dessous de la vessie une tuméfaction considérable, et qui en dehors de toute poussée aiguë résistent à un traitement général.

J'opère encore les vésicules *douloureuses*, alors que les douleurs ne résultent pas d'une poussée momentanée.

Enfin j'opère encore les tuberculoses qui se ramollissent et sont à la veille de s'abcéder. Je vais au-devant de l'évolution spontanée et j'enlève les vésicules avant la constitution de l'abcès.

Je traite en même temps les lésions épididymaires comme elles le méritent. Quand les deux épididymes sont pris ainsi que les deux canaux déférents, je les enlève les uns et les autres comme je l'ai dit plus haut. Lorsque un seul côté est pris, je laisse l'autre côté intact, me contentant seulement de faire de ce côté, soit dans la plaie périnéale, soit dans la région inguinale, la ligature du canal déférent. Cette ligature, que j'ai eu l'occasion de pratiquer quelquefois sur des malades auxquels je n'avais pas enlevé les vésicules séminales, est *préventive* pour le testicule; elle prévient la propagation de la tuberculose de ce côté, et peut sauver ainsi le testicule de la destruction tuberculeuse.

Présentations de malades.

Volumineuse tumeur de la langue datant de vingt-cinq ans, simulant un cancer, mais de nature papillomateuse, et coexistant avec de la sclérose linguale et de la leucoplasie.

MM. Pierre Sebileau et L.-M. Pautrier. — Au cours de la séance de la Société de chirurgie du 29 juillet 1903, le professeur Paul Reclus présenta un malade dont l'observation comportait huit interventions, pratiquées en vingt et un ans pour un épithélioma de la langue. Ces interventions avaient pu, chaque fois, être suffisamment discrètes pour que, après la septième, le malade fût encore capable de mastiquer et de parler sans aucune gêne. Il se mblait donc que les différents chirurgiens qui étaient intervenus successivement se fussent contentés, chaque fois, d'enlever en quelque sorte un copeau de langue, et, chaque fois aussi, cette minuscule ablation avait paru suffisante, puisque la récidive ne se produisait toujours que plusieurs années après.

L'observation que nous allons publier d'une tumeur de la langue dont le début remonte à vingt-cinq ans, qui, tout en étant de façon certaine un papillome, présente à peu près tous les caractères d'un épithélioma confirmé, cette observation, disons-nous, permet de se demander si certains des cas qui ont été publiés

jusqu'à ce jour de guérison définitive d'épithélioma de la langue ou de récidive bénigne échelonnée sur un long espace de temps, ne ressortissent pas en réalité à des néoplasmes histologiquement papillomateux, quoique cliniquement cancéreux.

Voici cette observation :

M. L... (Pierre), quarante-sept ans, n'a jamais fait aucune maladie; s'est toujours bien porté. Comme antécédents vénériens, il a eu en 1877, à l'âge de dix-neuf ans, en arrivant en Algérie pour y faire son service militaire, une blennorragie compliquée d'épididymite, et un bouton à la verge dont le diagnostic ne fut pas fait à ce moment-là. Le malade ignore avoir eu la syphilis et ne semble pas avoir présenté d'accidents visibles. A l'examen complet du corps, on ne trouve aucune cicatrice de lésion cutanée. La recherche des stigmates nerveux de la syphilis est négative : pas d'Argyll; conservation de tous les réflexes, etc. Le malade s'est marié en 1885; sa femme n'a jamais fait de fausse couche; ils ont eu neuf enfants, dont cinq sont morts en bas âge, de causes inconnues.

M. L... vient nous consulter pour une tumeur de la langue qui a débuté en 1879, par une sensibilité spéciale sur un point limité de la langue, qui devint douloureuse à la chaleur, aux épices, aux acides; bientôt, au niveau de ce point sensible, le malade perçut un petit noyau dur dans l'épaisseur de la langue; enfin, petit à petit, apparut une petite saillie qui siégeait sur le bord gauche de cet organe. Quelques mois plus tard, il se formait, de la même façon, une saillie semblable, sur la face dorsale de la langue, vers sa partie médiane. Pendant dix ans, dit le malade, les deux boutons restèrent gros comme un petit pois. Aucun traitement ne fut fait pendant tout ce laps de temps.

Depuis 1890 jusque vers 1900, les deux petites tumeurs commencèrent à s'accroître légèrement, mais très lentement. Par contre, depuis 1901, c'est-à-dire depuis quatre ans, elles ont progressé rapidement; elles végétèrent, s'étendirent en largeur et, depuis trois ans, elles sont arrivées au contact l'une de l'autre, formant une masse unique. La lésion a aujourd'hui l'aspect suivant : on trouve une tumeur volumineuse qui occupe toute la moitié gauche de la langue, dans le tiers moyen de cet organe. Plus exactement elle commence juste au niveau du bord gauche de la langue et s'étend sur la face dorsale, dépassant un peu la ligne médiane. Elle mesure 3 centimètres de long sur 2 centimètres de large et 1 centimètre de hauteur au niveau de sa partie médiane la plus élevée. Sa surface est irrégulière, végétante, bosselée; elle présente des saillies arrondies, limitées par des sillons peu profonds. Le bord de la tumeur est très nettement délimité sur tout son pourtour, d'abord par la saillie très nette qu'il fait sur la surface de la langue et ensuite par un sillon qui sépare le bord de la tumeur de la langue elle-même. Ce sillon n'a pas partout la même profondeur : à gauche, sur le bord de la langue, il est à peine indiqué, et ne reçoit que la pointe d'un stylet, tandis que sur la face médiane de la langue, il s'enfonce profondément sous la tumeur. En d'autres termes, à ce

niveau, celle-ci a une surface d'implantation beaucoup plus faible que sa surface de recouvrement, rappelant la disposition d'un champignon. Sur ce point, la tumeur est donc nettement pédiculée.

La couleur de cette masse végétante est la couleur rosée ordinaire de la muqueuse linguale. Cependant sa surface est recouverte par places d'un enduit blanchâtre très adhérent, de consistance cornée. Le stylet pénètre et parcourt les sillons qui divisent cette surface; ces sillons ne sont pas très profonds et sont loin de diviser la tumeur dans toute son épaisseur.

Au toucher, la tumeur est dure et résistante; elle ne donne nullement la sensation de mollesse que donnent en général les papillomes. Si l'on palpe la langue dans son épaisseur, dans la partie sous-jacente à la tumeur, on ne sent pas de noyau d'induration profonde; la masse végétante semble s'être développée uniquement à l'extérieur, en surface.

A côté du rebord médian de la grosse tumeur sur la face dorsale de la langue, on trouve une autre petite tumeur du volume d'un gros grain de plomb, recouverte par un enduit blanchâtre épais, presque corné. Cette petite tumeur est très dure. Elle semble faire corps avec la grosse tumeur, recouverte qu'elle est, en partie, par le bord libre de celle-ci; il faut soulever ce bord pour apercevoir la petite saillie.

État du reste de la langue. — Dans son tiers postérieur, en arrière de la tumeur, la face dorsale de la langue est recouverte par un chevelu papillaire très abondant, exubérant, formant un véritable tapis. Mais par contre, toute la partie antérieure de la langue présente un aspect dépapillé, fauché, déglabré; elle est non plus de couleur rose, mais blanchâtre, presque blanche, avec un aspect nacré, leucoplasique, sans qu'il y ait cependant un épaississement notable de la muqueuse. On note par places quelques légers sillons, un léger quadrillage ébauché à la surface de cette zone qui présente en somme une véritable sclérose superficielle, en nappe. Cette sclérose s'étend jusqu'à la pointe de la langue, descend sur les bords de cet organe, circonscrivant par places, au niveau de ces bords, quelques zones de muqueuse restée normale et de couleur rosée.

A la face interne des joues, au niveau des commissures labiales, on trouve, de chaque côté, un état leucoplasique, peu marqué à gauche, très accentué à droite, où il y a presque de véritables petites plaques cornées.

En palpant toute la région sous-maxillaire avec beaucoup de soin, on trouve, de chaque côté, près de l'angle du maxillaire, un petit ganglion non douloureux, facilement mobilisable, rénitent, n'offrant nullement la résistance, l'adhérence du ganglion cancéreux.

Indolence complète de la tumeur. Le malade ne se décide à s'en occuper que sous l'influence de la gêne mécanique amenée par le développement de celle-ci.

Telle est cette observation, qui nous semble riche en faits instructifs. Nous trouvons, en effet, chez notre malade une tumeur

de la face dorsale de la langue, tumeur volumineuse, dure, végétante, coïncidant avec une sclérose du reste de l'organe et de la leucoplasie des commissures labiales. Cet ensemble de caractères fait immédiatement penser à l'épithélioma, lorsqu'on n'a pas encore appris par l'interrogatoire que la tumeur évolue depuis vingt-cinq ans. Et par contre, l'examen histologique pratiqué sur un fragment biopsié répond d'une façon formelle : papillome simple. On trouve en effet sur les coupes de grands bourgeons, des grandes papilles, constituées par un axe central, conjonctivo-vasculaire, qui est plus ou moins large, plus ou moins apparent, et par un revêtement épithélial épais, formé de cellules malpighiennes polyédriques au niveau des couches profondes, s'aplatissant au niveau des couches superficielles. Par places, la surface de ce revêtement épithélial présente une ébauche de couche cornée. Mais nulle part à l'intérieur des bourgeons on ne trouve de dégénérescences cellulaires, de formation de globes épidermiques, qui permettent de penser, à l'*heure actuelle*, à une évolution épithéliomateuse.

En résumé nous trouvons à signaler chez notre malade :

1° Une volumineuse tumeur de la langue, tumeur végétante, dure, bosselée ;

2° Une sclérose en nappe du tiers antérieur de la langue et de la leucoplasie des joues, qui imposent, nous semble-t-il, le diagnostic de syphilis.

Voici donc une tumeur qui simule en tous points l'épithélioma. Il est à peu près certain que, durant les vingt-cinq ans pendant lesquels elle a évolué, elle aurait pu être opérée, à plusieurs reprises, comme cancer de la langue, et guérir vraisemblablement chaque fois au prix d'une intervention minime.

Mais il est tout à fait plausible de croire qu'un papillome volumineux, siégeant au niveau de la langue, traumatisé et irrité tous les jours, puisse devenir, à un moment donné, le point de départ d'un véritable cancer. Et c'est à dessein que nous avons déclaré, dans notre examen histologique, et en soulignant ce point, que rien ne permettait, *à l'heure actuelle*, de penser à une évolution épithéliomateuse. Mais il serait tout à fait possible que la tumeur évoluât bientôt dans ce sens, étant donné l'activité et l'accroissement rapide dont elle fait preuve ces temps-ci.

D'autre part, nous attirons l'attention sur ce fait que, pendant vingt-cinq ans cette tumeur a pu rester bénigne tout en évoluant sur un terrain leucoplasique, qui cependant se montre tous les jours le milieu de culture le plus favorable, sinon le milieu indispensable au développement de l'épithélioma.

Nous nous proposons de soigner le malade par la radiothérapie et tiendrons la Société au courant des résultats obtenus.

M. PAUL RECLUS. — Les épithéliomas superficiels dont j'ai parlé dans de précédentes communications étaient certainement des épithéliomas : l'examen microscopique fut pratiqué par des histologistes compétents. Dans un cas, la tumeur avait été vue par M. Périer, qui, lui, ne croyait pas au cancroïde ; mais l'examen du néoplasme, enlevé et envoyé au laboratoire, ne laissa aucun doute sur sa nature maligne.

Je dois ajouter que mon cas ne ressemblait nullement au point de vue clinique à celui que nous montre M. Sebileau. Et la langue que nous voyons me rappelle absolument celle d'un fabricant d'instruments de Paris par qui beaucoup d'entre nous ont été consultés, sa tumeur, qui occupait toute la langue leucoplasique, n'a jamais, je crois, donné lieu aux évolutions successives des épithéliomas : l'ulcération n'y fut pas observée.

M. QUÉNU. — L'examen histologique consigné dans l'observation de notre collègue Sebileau ne me paraît pas assez détaillé. Je pense donc qu'il serait nécessaire de le compléter.

MM. PIERRE SEBILEAU et L.-M. PAUTRIER. — Nous faisons allusion au malade que notre maître Reclus a présenté ici à la séance du 29 juillet 1903 (1). La tumeur de ce malade avait été opérée huit fois. L'examen microscopique n'avait été pratiqué qu'à l'occasion de la dernière intervention. C'est du moins ce qui paraît ressortir de la lecture de l'observation. Aussi bien, ne faut-il pas se méprendre sur nos paroles ; nous n'entendons faire le procès d'aucun diagnostic, mais seulement montrer un malade curieux dont l'histoire nous paraît pouvoir éclairer celle de quelques cancers de la langue à marche lente et à récidive tardive.

A notre maître Quénu nous répondrons que l'examen histologique a été très sévèrement étudié. Nous remettrons dans la prochaine séance la note complémentaire qu'il désire connaître ; au reste, il pourra examiner les préparations.

Et, d'ailleurs, si cette tumeur était du cancer, ce en quoi elle ne ferait que devancer ce que nous croyons qu'elle deviendra, la portée de l'observation, au point de vue où nous nous plaçons, n'en serait que plus grande. Cancer ou papillome, le malade porte depuis *vingt-cinq ans* un néoplasme qui, cliniquement, ressemble beaucoup à un cancer : tout l'intérêt est là.

(1) Huit épithéliomas de la même langue opérés en vingt et un ans. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 4 avril 1903, n° 29, p. 880.

Genou à ressort sans origine traumatique.

M. Moty. — Le soldat M..., que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est originaire de Bacqueville (Seine-Inférieure); son affection a débuté à l'âge de quinze ans sans cause connue, par un gonflement du genou traité comme une arthrite chronique par la teinture d'iode et la compression pendant trois mois. Depuis lors, c'est-à-dire depuis huit ans, des craquements avec phénomènes de déclanchement à la fin des mouvements de flexion et d'extension ont persisté sans modifications notables.

A son entrée à l'hôpital militaire Saint-Martin le 20 janvier 1905 on constate une très légère atrophie musculaire du membre avec refroidissement à peine perceptible et sans aucune déformation de l'article dans l'extension. Ni chaleur du genou, ni liquide articulaire.

Si l'on fléchit la jambe, on observe vers la fin de la flexion un craquement faible avec saillie brusque d'un corps dur au côté externe de l'article en avant du ligament latéral externe.

Si l'on étend la jambe on constate vers un angle de 160 degrés un craquement assez fort perceptible à distance et s'accompagnant d'un brusque déjettement de l'axe de la jambe en dehors, comme si le condyle interne resté jusque-là au devant du ménisque reprenait sa place normale sur son coussinet physiologique. Pas de mouvements de latéralité dans l'extension.

Il semble donc y avoir subluxation rudimentaire momentanée du ménisque interne en arrière et du ménisque externe en avant et en dehors.

Ni arthritisme, ni syphilis dans les antécédents, faible rétrécissement du champ visuel (85 degrés en dehors), très belle denture, aucune trace de tuberculose.

Malgré sa lésion articulaire le malade a pu faire son service d'ordonnance et monter à cheval (sans se servir de l'étrier au montoir) jusqu'en novembre 1904, mais étant rentré dans le rang il s'est trouvé dans l'impossibilité de faire les marches; il refuse d'ailleurs toute intervention. Son cas vient se placer à côté des observations de Hey rapportées par M. Nélaton dans le *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus.

Appendicite perforante par corps étrangers.

M. E. POTHERAT. — Vous connaissez tous, Messieurs, les agrafes métalliques imaginées par le Dr Michel et utilisées au rapprochement des lèvres des plaies cutanées. Je suis de ceux qui les emploient couramment.

En dehors de ces agrafes à suture cutanée M. le Dr Michel en a imaginé de beaucoup plus petites et destinées à rapprocher et à unir les parois des viscères creux. M. le Dr Jeannel de Toulouse je crois, et quelques-uns de nos collègues, Chaput et Michaux, si je ne me trompe, utilisent volontiers ces agrafes pour effectuer des entéro-anastomoses des sutures intestinales, etc.

Vraisemblablement, ces corpuscules métalliques pénètrent peu à peu les parois intestinales, tombent dans la cavité de l'intestin et sont rejetés au dehors avec les fèces. Cette évolution toute simple doit être la règle. Il se peut cependant qu'elle soit entravée et que des accidents interviennent. Le fait suivant, emprunté à mon service de l'hôpital Broussais, et dont les détails ont été recueillis et notés par mon externe M. Deverre, va vous en fournir la démonstration.

Dans les derniers jours du mois de janvier entrait dans mon service amenée en voiture d'ambulance une femme de trente-cinq ans. Elle se plaignait de violentes douleurs abdominales et de vomissements bilieux, porracés, le tout datant de trois jours. L'état général est assez mauvais, la température oscille entre 38°5 et 39 degrés, le pouls fréquent. Il n'y a eu depuis quelques jours aucune évacuation alvine et peu ou pas de gaz intestinaux.

Le ventre est peu ballonné, mais il est douloureux presque partout à la palpation, mais plus particulièrement à droite, où la paroi se défend avec énergie. C'est de ce côté que se sont toujours fait sentir les plus violentes douleurs.

Le diagnostic d'appendicite est indéniable : la malade porte une cicatrice médiane de laparotomie, consécutive à l'ablation d'un très volumineux kyste de l'ovaire qui aurait été effectué il y a trois ans par un des chirurgiens qui m'ont précédé à Broussais. Je n'ai pu obtenir de détails plus circonstanciés sur cette ablation. La sphère génitale n'offre actuellemeut rien d'anormal.

L'année dernière cette malade avait déjà éprouvé dans la fosse iliaque droite de violentes douleurs pour lesquelles le mot d'appendicite avait été prononcé.

Bref, pour moi ce diagnostic ne fait pas de doute, et suivant l'habitude que j'ai prise d'intervenir rapidement, j'opère cette malade dès le lendemain matin par l'incision latérale de Roux.

L'ouverture de l'abdomen est rendue difficile par l'agglutination d'un péritoine épaissi œdémateux, adhérent aux organes sous-jacents. Cette ouverture faite, je tombe dans un foyer méso-cœliaque d'où s'échappe en abondance un pus verdâtre, d'odeur à la fois intestinale et gangreneuse; le cæcum, les anses intestinales voisines sont recouvertes de fausses membranes, larges, épaisses, verdâtres, en dehors desquelles les parois intestinales sont fortement congestionnées.

Je lave d'abord à grande eau, puis me repérant sur le cæcum, je cherche l'appendice, je le trouve, en bas, en arrière, et en dedans épais, charnu, court, ratatiné, au milieu d'un foyer de détritus puriforme; je l'amène non sans peine, je le lie, et je le résèque au thermo-cautère. Je procède ensuite à une toilette très soignée du péritoine, je détache les fausses membranes des intestins, et je referme après avoir drainé avec deux drains en canon de fusil. La malade opérée le 29 janvier, va bien aujourd'hui; elle est en bonne voie de guérison.

Jusqu'ici il n'y a rien de bien particulier. C'est l'histoire des appendicites à marche aiguë. Où notre surprise devint grande ce fut à l'examen de l'appendice. Tout d'abord, celui-ci présentait à la moitié de sa longueur et sur sa face interne une perforation à l'emporte-pièce admettant aisément, une plume de corbeau. En outre, on trouve dans l'intérieur les deux petits corps étrangers que voici, situés tout près de la perforation. Vous reconnaissez là les petites agrafes métalliques dont je vous parle plus haut. La muqueuse appendiculaire paraît à l'œil, nu peu malade; il n'y a pas dans l'intérieur des lésions folliculaires aisément visibles; il n'y a pas non plus de détritus puriformes. La pièce que voici et les aquarelles dues à M. Deverre, qui l'accompagnent, en font foi.

Telle est, Messieurs, ce fait que j'ai cru devoir vous rapporter dans tous ses détails, à cause de sa rareté même. Bien qu'il soit unique, il comporte, ce me semble, son enseignement. Il nous invite à ne faire qu'un usage tout à fait exceptionnel des corps étrangers métalliques dans la chirurgie de l'abdomen et de l'intestin. Nous avons à peu près totalement renoncé au bouton de Murphy pour des raisons de cet ordre; il pouvait paraître excessif de penser que des corps métalliques aussi petits que les agrafes à suture intestinales auraient des inconvénients. Le fait que je vous rapporte, et qui va se terminer heureusement d'ailleurs, vous montre que ces corpuscules peuvent être l'origine de très graves accidents.

M. Routier. — J'ai fait dans un cas une ablation des annexes

avec application des agrafes de Michel, à mon corps défendant, car j'ai horreur des corps étrangers laissés dans l'organisme. Il survint des accidents formidables de péritonite. Je pratiquai une deuxième laparotomie assez tôt pour suturer la perforation intestinale due à une des agrafes employées que j'enlevai. La malade guérit et je me suis promis de ne jamais plus les employer.

Présentation d'instrument.

Note sur un nouvel appareil hémostatique stérilisable permettant de « régler » et de « vérifier » l'hémostase.

M. Bazy. — J'ai l'honneur de présenter, de la part de M. le Dr R. Lhomme, médecin-major des troupes coloniales, un nouvel appareil hémostatique stérilisable.

Cet appareil, entièrement métallique, est formé de deux parties :

1° Une longue bande flexible, en acier, destinée, en enserrant le membre, à produire l'arrêt de la circulation ;

2° Une pièce massive articulée, supportant deux dispositifs mécaniques dénommés :

a) *Dispositif de serrage* ;
b) *Dispositif de vérification.*

a) *Dispositif de serrage.* — Il actionne la bande métallique et lui fait comprimer les tissus sous-jacents avec une intensité *graduable à volonté.*

b) *Dispositif de vérification.* — Ce dispositif permet au chirurgien de faire, au cours même de l'opération, cesser à son gré, aussi longtemps et aussi souvent qu'il désire, la compression exercée sur le membre. Il peut ainsi *vérifier* la valeur de l'hémostase définitive.

Cet instrument présente, sur les appareils en tissu élastique actuellement en usage, les avantages suivants :

I. *Conservation indéfinie.* — Il est robuste et entièrement métallique.

II. *Stérilisation.* — Facilement démontable, il est stérilisable par un procédé quelconque.

III. *Possibilité de graduer la compression.* — La bande métallique pouvant avancer lentement et progressivement, la striction se fait avec l'intensité que l'on veut, ce qui évite toute manœuvre de *force.*

IV. *Possibilité pour le chirurgien de pouvoir lui-même vérifier l'hémostase définitive à un moment quelconque de l'opération.* — Cette vérification se fait difficilement avec les appareils en caoutchouc, et elle nécessite la présence d'un aide intelligent.



V. *Volume réduit.* — L'instrument, à cause du peu de longueur, ne recouvre qu'un petit segment de membre. Il est donc particulièrement indiqué dans les amputations haut situées, dans la désarticulation de l'épaule.

Une fois stérilisé il peut, en raison de ce volume réduit, être placé dans le champ opératoire sans gêner les manœuvres.

Observations personnelles au Dr Lhomme.

I. *Amputation de bras haut située* (gangrène du coude). — Nécessité de placer l'appareil dans le champ opératoire.

II. *Plaie fongueuse et fistuleuse de l'avant-bras. Extraction de nombreux séquestres.* (Fracture ancienne et suppurée de l'avant-bras.)

III. *Désarticulation des quatre derniers doigts.* (Broiement de la main par accident de machine.)

IV. *Désarticulation du genou.* (Ulcérations profondes et étendues de la jambe.)

V. Mon interne s'en est servi avec succès dans un nettoyage de fracture compliquée de jambe. Le blessé l'a supporté 25 minutes sans douleur ni inconvénient.

Nota. — Cet instrument qui présente les mêmes indications que la bande d'Esmarch et les appareils similaires, tout en leur étant supérieur, nous semble devoir être particulièrement utile aux

médecins qui n'ont pas, de la pratique chirurgicale, une habitude courante.

De plus, il trouverait son utilité dans les approvisionnements de guerre et aux colonies, les tissus en caoutchouc étant d'une conservation difficile.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Des lettres de MM. CHEVALIER et VILLEMIN, chirurgiens des hôpitaux, qui demandent à être inscrits comme candidats au titre de membre titulaire, à la place vacante à la Société de chirurgie;

3° — Des lettres de M. PICQUÉ et de M. BEURNIER qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

4° — Un volume de M. E. PILASTRE intitulé : *Malgaigne, étude sur sa vie et ses idées.*

A propos de la correspondance.

M. LEJARS dépose sur le bureau un travail de M. SOUBEYRAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, intitulé : *Kyste hydatique rétro-vésical, avec appendicite chez un homme.*
— Ce travail est envoyé à une commission, dont M. LEJARS est nommé rapporteur.

Lecture.

Néphrolithotomie droite chez un malade guéri antérieurement d'un diabète insipide par une intervention chirurgicale (néphropexie gauche),

par M. le Dr PIERRE HÉRESCO (de Bucharest),
membre correspondant de la Société de chirurgie (1).

L'observation que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui n'est qu'une suite de l'observation, unique en son genre, lue devant cette Société à la séance du 1er juillet 1903 et publiée dans les Bulletins du 7 juillet 1903.

Il s'agissait d'un diabète insipide, qu'on pouvait rattacher à un traumatisme, car le malade, un jeune homme de dix-sept ans, a ressenti les premiers symptômes du diabète à la suite d'un poids qu'il a voulu soulever. Depuis lors, il urinait 12 à 14 litres par jour; il avait été traité médicalement, sans succès, et comme il souffrait du côté gauche et que son rein était un peu abaissé, nous lui avons fait la néphropexie gauche, après avoir malaxé le plexus rénal.

Dès le lendemain, au lieu de 12-14 litres, sa quantité habituelle, que nous avons vérifiée pendant les dix jours qui ont précédé l'opération, il a uriné un litre et ce taux n'a pas été dépassé depuis.

Opéré le 25 avril 1903 nous avons attendu jusqu'au 15 juin pour publier son observation et *aujourd'hui, après deux ans, il continue à être guéri de son diabète insipide.*

Nous avons eu l'occasion de le suivre, car il est venu très souvent nous voir et se plaindre de douleurs très fortes dans le rein droit (la néphropexie avait été faite à gauche, où il n'accusait plus aucune douleur); ses douleurs étaient fortes à tel point qu'elles l'empêchaient de travailler.

Depuis son opération, il est venu plus de dix fois nous voir, accusant de très fortes douleurs dans le rein droit.

Reçu à plusieurs reprises dans le service, on ne pouvait constater aucune augmentation de volume du rein droit, mais la région était douloureuse et il y avait une certaine défense musculaire.

Au mois de septembre dernier il est de nouveau sur notre chemin à la consultation, plié à droite, sa tenue habituelle chaque

(1) Ce travail a été lu en séance par M. le secrétaire général.

fois qu'il venait nous voir, sa figure étant triste et son air vraiment souffrant.

Les douleurs lombaires droites étaient continues, sans interruption, elles l'empêchaient de dormir la nuit malgré les suppositoires à la morphine et à la belladone qui ne réussissaient guère à le calmer. Ses douleurs s'irradiaient parfois du côté du testicule droit.

Il nous disait avoir eu des hématuries totales pendant deux jours et dans la bouteille qu'il nous avait apportée, il y avait certainement du sang. Mais le lendemain de son admission nous trouvons dans son bocal 1100 grammes d'urine limpide.

On ne sentait pas plus cette fois qu'antérieurement son rein droit; mais la région droite était douloureuse, tandis que la gauche où nous avions fait la néphropexie était absolument indolente.

Mictions fréquentes : quinze fois le jour, dix fois la nuit, pas de douleurs à la miction. Les urines sont absolument limpides et varient comme quantité entre 1000 et 1200 par vingt-quatre heures.

Le 8 octobre on l'endort au chloroforme et nous lui faisons une incision recto-curviligne de notre maître, M. le professeur Guyon, dans l'intention de lui faire une néphrotomie. Le rein adhérait un peu par son pôle supérieur. Sitôt les adhérences déchirées, le rein est mobilisé et ramené dans la plaie. Il est un peu augmenté de volume. A l'inspection et à la palpation il paraît être normal. La palpation du bassinet fait sentir un calcul. Nous sectionnons sur le bord convexe le rein et nous retirons un calcul, comme une grosse amande, rouge-noir, ayant la forme d'un Y. Le calcul est dur et pèse trois grammes.

Nous avons fermé le rein par quatre points profonds de catgut n° 4 et par quatre autres plus superficiels et nous avons fini l'opération en fixant le rein suivant le procédé de M. Guyon.

Suture des muscles au catgut, suture de la peau aux crins de Florence, drain de gaze stérilisée à la partie inférieure de la plaie.

Les suites opératoires ont été normales, sauf une hématurie qui a duré six jours, après quoi les urines sont devenues limpides.

La température a varié entre 37 et 38 et le 1er novembre, vingt-deux jours après l'intervention, la plaie était fermée, sauf à la partie inférieure, où il persistait un petit trajet fermé définitivement dix jours plus tard.

Il est à noter, que pendant tout le temps post-opératoire il ne s'est pas écoulé d'urine par la plaie lombaire.

Il est sorti complètement guéri le 21 novembre. Cette observation nous a paru mériter l'honneur d'une présentation, car elle complète celle de l'année dernière et nous pouvons espérer que

notre malade opéré et guéri de son diabète insipide restera guéri, car aujourd'hui, près de deux ans depuis l'intervention, son diabète insipide n'est pas revenu.

C'est le premier et le plus important point à souligner dans cette observation, car la néphrolithotomie du rein droit, opération idéale de chirurgie rénale, lorsqu'on a affaire comme dans notre cas à un calcul aseptique, ne présente rien de particulier.

Calcul vésical. Urétérite suppurée avec distension. Pyonéphrose droite. Taille hypogastrique. Néphro-urétérectomie totale. Guérison.

par M. le Dr PIERRE HÉRESCO (de Bucharest),

membre correspondant de la Société de Chirurgie (1).

L'enfant Bica S..., de six ans est entré dans notre service des maladies des voies urinaires le 13 février 1904.

Rien à noter dans ses antécédents, sinon qu'il a souffert depuis l'âge de deux ans. Depuis cette époque il a uriné plus fréquemment et avec douleurs à la fin de la miction.

Le commencement de la miction était bon, puis son urine s'arrêtait et ne sortait plus que goutte à goutte. La première partie de son urine était un peu trouble, mais les dernières gouttes étaient franchement purulentes. Quelquefois des hématuries terminales.

A son admission à l'hôpital il était en incontinence d'urine, tant diurne que nocturne. L'urine s'écoulait goutte à goutte. Mauvais état général, malingre et chétif. Il présentait à l'exploration à l'aide d'une bougie fine un corps dur dans la vessie. Par le palper rectal combiné au palper hypogastrique on sentait dans la vessie une tumeur comme un œuf de poule. Le rein droit un peu augmenté de volume. Urines troubles.

Fièvre de 38°5 et 39 degrés le soir.

Le 18 février nous lui faisons la taille hypogastrique et nous trouvons dans la corne droite de la vessie un calcul, enchâtonné, allongé, ayant les dimensions d'un petit œuf de poule.

Après le nettoyage de la vessie, nous voyons apparaître par l'uretère droit du pus, chaque fois que nous pressons sur la partie droite de l'abdomen. Nous plaçons les tubes-siphons de Perier-Guyon, que nous employons toutes les fois que nous avons affaire

(1) Ce travail a été lu en séance par M. le secrétaire général.

à une suppuration rebelle de la vessie, et nous fermons le reste avec des crins de Florence.

Malgré un fonctionnement relativement bon des tubes, le petit malade a continué à avoir de la fièvre et par la pression de la partie latérale droite de l'abdomen il s'écoule toujours du pus par l'uretère; l'état général étant de plus en plus mauvais, nous décidons d'intervenir sur la poche urétérale et le 31 mars, nous procédons à l'opération de la manière suivante : Incision comme pour la ligature de l'iliaque interne, courbe, s'arrêtant au milieu de l'arcade crurale; après la section des muscles abdominaux, nous poussons en dedans toute la masse intestinale avec le péritoine, qu'on décolle, mais qu'on n'ouvre point. On arrive alors sur une masse ayant l'aspect intestinal, sous forme d'anses intestinales adhérentes entre elles, de la grosseur d'un pouce d'adulte, et on constate qu'elles s'amincissent près de la vessie; on regarde encore une fois le péritoine, il n'était pas ouvert; donc on avait affaire à l'uretère énormément dilaté.

On suit cet uretère de bas en haut et on arrive ainsi jusqu'au rein, augmenté de volume et sous la forme d'une poche purulente.

Nous décidons l'extirpation du rein et de l'uretère et, pour avoir une notion même superficielle de l'autre rein, nous faisons une incision du péritoine et on arrive ainsi à palper le rein gauche, lequel paraissait normal.

Après la fermeture du péritoine, nous faisons la néphrectomie et l'urétérectomie totale.

Après la ligature du pédicule rénal et la section de l'uretère au niveau de son insertion sur la vessie, nous cautérisons au thermocautère le moignon de l'uretère.

La longue section des muscles et de la peau, partant de la masse sacrolombaire et s'arrêtant à l'épine du pubis, a été suturée, les muscles au catgut et la peau au crins de Florence.

La pièce réno-urétérale nous présente un rein deux fois plus gros que le rein normal de l'âge de notre patient. L'uretère est énormément dilaté, son volume diminue à mesure qu'on s'approche de la vessie; près du bassinet, il a la grosseur de deux doigts.

Nous joignons ici un dessin d'après nature de la pièce anatomique, mais plus petite, car, avant d'être dessinée par l'excellent dessinateur qu'est M. Rogghé, elle avait été conservée dans du formol.

La température s'est maintenue les trois premiers jours de l'opération entre 36°5 et 37 degrés. Comme les tubes-siphons fonctionnaient mal, la presque totalité de l'urine sortait par la plaie hypogastrique. Malgré ce défaut de drainage, l'urine est restée limpide

et la pression du côté droit n'amenait plus de pus dans la vessie.

Les jours suivants, du 4 avril jusqu'au 10, le malade a fait de la fièvre vespérale et a accusé des douleurs du côté droit. On suppose une collection purulente, on explore avec la sonde cannelée, et lorsqu'on arrive dans la profondeur, tout près de la colonne vertébrale, il sort du pus. On élargit le trajet et on y laisse un tube de drain. Après cette évacuation purulente, la fièvre est tombée, l'état général s'est amélioré et la fistule lombaire s'est fermée petit à petit, lentement mais progressivement, en sorte qu'elle était complètement fermée le 30 mai. Quant à l'autre fistule, hypogastrique, malgré la sonde à demeure placée à plusieurs reprises, elle persistait lorsque le malade quittait le service.

Cette observation nous a paru digne d'être produite à un double point de vue :

1° La néphro-urétérectomie totale pour lésion inflammatoire, n'est pas très fréquente. Le plus souvent elle a été pratiquée pour une tumeur du bassinet et de l'uretère (cas d'Albarran, de Reynès); plus rarement les lésions suppuratives sont aussi avancées et surtout unilatérales pour permettre une extirpation du rein et de l'uretère en totalité, avec chance de guérison. Cependant des pareils cas existent (cas de Reynier, de Poncet, d'Israël, de Hartmann).

Dans notre cas la dilatation urétérale à été énorme, étant donné surtout l'âge de notre malade, six ans;

2° L'étude attentive de ce cas nous montre que la dilatation urétérale doit être attribuée à la compression de l'orifice urétéral droit par le calcul vésical, que nous avons trouvé enchâtonné, au moment de la taille hypogastrique. De sorte qu'on peut supposer que le calcul vésical comprimant l'uretère, celui-ci s'est dilaté; il y a eu ensuite infection de l'urine retenue dans l'uretère.

La situation du calcul dans la corne droite vésicale, enchâtonné, nous autorise à faire cette supposition; autrement on ne pourrait expliquer l'unilatéralité de la lésion.

A l'occasion du procès-verbal.

Histologie
du papillome de la langue présenté dans la dernière séance.

M. PIERRE SEBILEAU. — En cours de la dernière séance, M. Quénu a exprimé le regret que l'examen histologique de la tumeur du malade que j'ai présenté avec mon ami le D[r] Pautrier, chef de

laboratoire de mon service, ne fût pas rédigé en termes plus explicites. Si nous n'avions pas donné d'examen détaillé, c'est qu'il suffit de regarder un instant les préparations, que nous mettons à la disposition de la Société, pour constater que le doute n'est pas permis une minute. Voici cependant, puisqu'on a jugé que cela présentait quelque intérêt, une description plus complète des lésions histologiques.

Les coupes sont formées par une série de grandes papilles, de grands bourgeons, juxtaposés les uns à côté des autres, et dont chacun est composé d'un axe vasculo-conjonctif central, et d'un revêtement épithélial, périphérique, qui coiffe cet axe, en doigt de gant.

L'axe vasculo-conjonctif est constitué par du tissu conjonctif jeune, presque du tissu cellulaire lâche, c'est-à-dire pauvre en fibres connectives et contenant des cellules fixes, les unes arrondies, les autres allongées, ou irrégulièrement pyramidales, et envoyant des prolongements protoplasmiques. Ce tissu conjonctif peu dense est parsemé de nombreuses cavités vasculaires, souvent très rapprochées les unes des autres, quelques-unes petites et arrondies, d'autres allongées, extrêmement dilatées, et contenant toutes un nombre plus ou moins grand de globules rouges et parfois quelques leucocytes. Chacune de ces cavités vasculaires est séparée du tissu conjonctif ambiant par une paroi propre, mince, formée par une seule couche de cellules endothéliales.

La forme et la disposition de cet axe vasculo-conjonctif, par rapport au revêtement épithélial qui l'entoure, varie, suivant le sens où les bourgeons papillaires ont été atteints par le rasoir. Lorsqu'ils ont été coupés en long, on voit très nettement le tissu conjonctif et les vaisseaux occuper le centre du bourgeon et, dans ce cas, il se détache souvent, de l'axe central, de petits prolongements de tissu conjonctif qui vont diviser en lobes, en bourgeons secondaires, plus petits, le revêtement épithélial périphérique. Cette disposition rappelle celle de la nervure centrale et des nervures secondaires d'une feuille; c'est la disposition classique des papillomes, c'est elle, précisément, qui leur donne l'aspect de choux-fleurs qu'ils ont presque toujours.

Lorsque les bourgeons papillaires ont été coupés non plus dans le sens de leur longueur, mais obliquement, ou franchement en travers, l'axe vasculo-conjonctif affecte alors soit la forme d'un cercle plus ou moins régulier, soit la forme d'une étoile à plusieurs branches, si la coupe a porté sur un point où, de l'axe central, se détachaient des nervures secondaires. Le revêtement épithélial, disposé à la périphérie, épouse toujours le bord circulaire ou festonné du tissu vasculo-conjonctif.

Si nous passons maintenant à la description de ce revêtement épithélial, nous voyons qu'il est constitué de la façon suivante : Il est formé par la superposition de nombreuses couches de cellules malpighiennes, quarante à cinquante en moyenne. Mais ces cellules sont loin de présenter le même aspect, suivant la couche à laquelle elles appartiennent.

La couche basale dessine, non pas de vraies papilles, mais des sortes de grands bourgeons séparés les uns des autres par le tissu vasculo-conjonctif. Elle est formée par des cellules étroites et hautes, implantées perpendiculairement sur le tissu conjonctif, dont le protoplasma se colore bien, et qui possèdent un noyau très net, bien coloré également, montrant un fin réseau chromatique et possédant un ou deux nucléoles; ce noyau est également long et étroit, allongé dans le sens de la cellule.

Les deux ou trois couches de cellules sus-jacentes sont également allongées en hauteur, puis les cellules des couches suivantes s'élargissent, en même temps qu'elles deviennent moins hautes et passent ainsi peu à peu au type polyédrique.

Dans aucune des couches que nous venons de décrire, pas plus dans la basale que dans les couches sus-jacentes, on ne trouve de karyokinèses, ou plutôt, pour être exact, sur plusieurs coupes examinées avec soin nous n'avons pu trouver qu'une seule karyokinèse, au niveau de la basale.

Au fur et à mesure que les cellules prennent le type polyédrique, elles commencent à montrer des altérations, qui rentrent toutes dans le même type : l'altération cavitaire, de Leloir ; c'est-à-dire que le protoplasma devient légèrement terne, trouble, puis qu'il se creuse une petite vaccuole autour du noyau, vaccuole qui peut même devenir si importante qu'elle occupe toute la cellule. Celle-ci n'est plus alors représentée que par le noyau qui flotte dans une petite cavité libre. Quant au noyau lui-même, tantôt il ne montre pas d'altérations dans sa structure, tantôt il devient plus compact et forme une petite boule homogène, fixant fortement l'hématéïne, et dans laquelle on ne distingue plus aucun détail, ni réseau chromatique, ni nucléole. Cette altération cavitaire est presque généralisée dans les couches superficielles du revêtement épithélial. Elle est du reste de constatation fréquente, banale, dans les papillomes.

Au niveau des couches superficielles de l'épithélium, les cellules commencent à s'aplatir peu à peu et ne forment plus que des lamelles dans lesquelles on distingue à peine la trace des limites cellulaires et des noyaux, lamelles dont quelques-unes s'exfolient çà et là. C'est cette sorte de cuticule formée par ces strates de cellules desséchées, s'exfoliant, que nous avions désignée dans

notre première note, improprement d'ailleurs, en disant qu'on constatait par places une ébauche de couche cornée; il n'y a pas, histologiquement parlant, de couche cornée, puisqu'il n'y a pas de couche granuleuse et que nulle part les cellules ne montrent trace de granulations de kératohyaline.

Nous nous excuserions presque d'avoir donné une description aussi détaillée d'une lésion aussi banale, si elle n'avait précisément pour but de montrer que rien, dans nos préparations : ni karyokinèses nombreuses, ni dégénérescence cornée, ni tendance à la formation de globes épidermiques, rien ne permet, comme nous l'affirmions, il y a huit jours, de penser à une évolution épithéliomateuse.

Notre description est celle d'un papillome simple; elle pourrait servir de type à la description du papillome vénérien, de la crête de coq.

Ajoutons d'ailleurs, pour terminer, que nous avons été surpris nous-même de ne pas trouver de formations épithéliomateuses sur nos coupes, notre impression étant que la tumeur était en train d'évoluer au moment où nous l'examinions. Mais il faut savoir s'incliner devant les faits.

Sur le chloroforme.

M. Lucas-Championnière. — En prenant la parole dans cette discussion, je me limiterai à la question des appareils qui a été soulevée. Je pense, comme M. Ricard, qu'il faut admettre les progrès que les appareils peuvent apporter au dosage et à l'abaissement des quantités de chloroforme, au bénéfice d'une plus grande régularité d'action. Mais je ne voudrais pas que l'on proclamât qu'il faut pour cela abandonner des moyens moins perfectionnés mais qui sont de précieuses ressources, comme la chloroformisation par la compresse, et surtout par les masques garnis d'étoffe dont la simplicité est toujours prête et précieuse. L'habileté du chloroformiste peut s'exercer jusqu'à en rendre l'usage très parfait, et il ne faut pas, pour les avantages de ces appareils les abandonner tout à fait. On serait alors fort désemparé et dangereux sans l'appareil.

Je veux surtout combattre la doctrine qui tendrait à faire admettre que les appareils font disparaître la personnalité du chloroformiste.

Je crois précisément que plus l'appareil règle mécaniquement à l'avance les dosages du chloroforme, et moins il est satisfaisant.

C'est là ce que l'on peut reprocher à l'appareil de Dubois qui a été abandonné, non seulement parce qu'il est compliqué et coûteux, mais aussi parce qu'il ne permet pas assez la suppression de la dose prévue du chloroforme.

Je ne veux pas admettre comme M. Reynier que l'appareil supprime la responsabilité du chloroformiste.

C'est, en effet, que si j'accepte qu'il y avantage à doser le chloroforme, à exécuter à l'avance le mélange de ses vapeurs avec l'air à respirer, je n'accepte pas du tout la réalité de la zone maniable, c'est-à-dire de la dose de chloroforme de 8 à 10 p. 100 qui sera toujours sans danger pour l'homme comme pour les animaux.

Ce que nous savons d'accidents arrivés avec des doses infimes de chloroforme et sans la pression brutale dont on a accusé les chloroformistes doit nous mettre en garde contre les prétentions de cette zone maniable.

Même sur les animaux chez lesquels elle a été affirmée, elle ne paraît pas réelle. Dans une bonne étude publiée récemment dans la *Semaine médicale*, par M. Jacquet, professeur à Bâle, l'auteur rapporte que les animaux ont succombé, même avec des doses dites inoffensives et même incapables d'amener l'anesthésie.

Cette zone maniable fût-elle réelle sur les animaux, il n'y aurait pas de bonnes raisons pour l'admettre chez l'homme chez lequel toutes nos expériences prouvent le contraire. L'anesthésie chloroformique des animaux ne ressemble pas à celle de l'homme, heureusement pour celui-ci.

Les plus élémentaires de nos observations le démontrent.

Qu'il me suffise de rappeler, par exemple, ce qui se passe chez les jeunes animaux, le jeune chien. Il est incapable de supporter le chloroforme. Celui-ci, mal supporté par l'animal adulte, est tout à fait intoléré sur le jeune sujet et pour lui tout à fait meurtrier.

Chez l'homme, c'est absolument l'inverse. L'enfant supporte le chloroforme mieux que l'adulte. Si on tient compte des proportions de chloroforme qu'il supporte, eu égard à son poids, on est frappé de cette tolérance du jeune. Il en est de même pour beaucoup de faits comparés.

Sur l'homme, à coup sûr l'individualité du chloroformiste est considérable. Il y a l'habileté que donne l'expérience. Il y a aussi la qualité personnelle de celui auquel le chloroforme est confié.

Personne de nous ne saurait méconnaître que parmi nos élèves dont nous utilisons l'aide et dont nous faisons l'éducation, il y en a qui, dès le début, se montrent comme des chloroformistes attentifs et précieux, tandis que d'autres ne feront jamais de bonne besogne.

Il faut, pour agir bien et régulièrement, et d'une façon continue, pour être prêt pour tous les événements, certaines qualités qui ne sont pas de tout le monde.

Encore est-il que pour les mieux doués l'expérience est considérable et la chloroformisation par l'homme expérimenté ne ressemble pas à celle du novice.

Avec les appareils les plus perfectionnés il n'en pourra être autrement. Nos collègues du voyage en Angleterre avaient été très frappés de la régularité de la chloroformisation avec l'appareil Vernon-Harcourt. J'ai fait comme eux. Pourtant j'ai bien noté le fait suivant. Nous avons vu Horsley faire quatre opérations consécutives. Pour les deux premières, fort graves, le chloroformiste était le professeur d'anesthésie lui-même, et la chloroformisation fut irréprochable.

Pour les deux dernières opérations pour lesquelles j'étais, du public, à peu près seul resté, la chloroformisation fut pratiquée par deux élèves. Elle fut fort irrégulière et très comparable à celles que font nos élèves quand ils sont inexpérimentés.

J'estime donc que la première qualité d'un appareil sera de permettre au chloroformiste toute son initiative. Il faudra qu'il puisse varier ses doses à son gré et supprimer le chloroforme d'une façon absolue par quelque mécanisme simple de l'appareil.

Je connais insuffisamment les appareils de MM. Ricard et Reynier. Pourtant, il me semble que cette facilité de dosage appartiendrait au premier plutôt qu'au second.

Mais en tout cas pour ces deux appareils leur seul avantage est de permettre de doser le chloroforme sans en perdre et de donner quelque régularité à ce dosage sans le préciser absolument.

L'appareil de Roth, que j'expérimente depuis plusieurs mois, exécute ce dosage à volonté jusqu'à la dose inférieure la plus infime et même remplace le chloroforme par de l'air supérieurement pur, puisqu'il est additionné de près de moitié d'oxygène.

Ce dosage est absolument mesuré par le chloroformiste et à tout instant l'opérateur peut en avoir la notion, car il entend tomber les gouttes de chloroforme.

Il me paraît supérieur comme mesure aux appareils précédents tout en n'administrant comme eux que des vapeurs de chloroforme préalablement mélangées avec l'air.

En plus il donne, avec le chloroforme, l'oxygène. M. Ricard estime que le dosage seul a quelque importance et pour lui cet oxygène n'ajoute rien d'utile à la chloroformisation.

Je ne saurais m'associer à cette proposition car, bien avant l'appareil de Roth, il y a plus de quinze ans, j'avais donné de l'oxygène avec le chloroforme. J'avais noté la régularité plus

parfaite de l'anesthésie, la coloration satisfaisante des sujets, leur meilleur réveil, la plus grande rareté des vomissements. Si je n'avais continué pour tous cette double administration de l'oxygène et du chloroforme, c'est que je ne l'avais pas trouvée commode avec la compresse et je me contentais de régulariser par l'oxygène les mauvaises chloroformisations au cours desquelles l'intervention heureuse de l'oxygène est manifeste.

Lorsqu'on m'a apporté le dernier appareil Roth Guglielminetti, je l'ai trouvé tout à fait pratique, exécutant aisément cette association de l'oxygène et du chloroforme et permettant de passer de l'un à l'autre avec une facilité absolue.

J'ai trouvé cet appareil facile à manier. Mes élèves ont manœuvré très rapidement. Il est certainement plus facile de donner le chloroforme avec cet appareil qu'avec la compresse.

Malgré cela, la personnalité du chloroformiste reste très importante et il est bien évident que certains donnent le chloroforme infiniment mieux que d'autres avec cet appareil.

Pendant la chloroformisation avec oxygène la coloration du sujet témoigne d'une hématose absolument normale. Le réveil est plus rapide qu'avec la compresse et il se fait pour un sujet qui reste avec sa coloration rosée.

L'administration si facile, une fois l'anesthésie terminée de l'oxygène avec air sans chloroforme contribue à rendre ce réveil rapide et facile.

De même au début de la chloroformisation l'administration d'air pur avec oxygène sans chloroforme prépare très bien le sujet et contribue à lui donner du calme et de la confiance.

Les vomissements m'ont paru, à moi comme aux gens de service, beaucoup moins fréquents et beaucoup moins prolongés.

Enfin, et récemment, j'ai observé un fait dont je ne saurais assurer toute la valeur, mais qui n'est pas invraisemblable. J'ai vu donner du chloroforme qui paraissait médiocre et qui avait anesthésié difficilement d'autres sujets avec la compresse.

Son action fut très régulière avec l'oxygène. Je me suis demandé alors s'il n'était pas possible qu'en présence de l'oxygène les produits très volatils qui nuisent au processus actif du chloroforme ne fussent neutralisés.

Il faudrait bien des cas de cet ordre pour pouvoir affirmer. Malgré cela, le fait m'a paru bon à noter.

Comme inconvénients de l'appareil de Roth, il faut évidemment signaler son poids, sa complication, la possibilité du bouchage de ses tubes très étroits.

Mais même s'il était compliqué, s'il donnait une sécurité plus grande, il n'y aurait aucune hésitation à employer un appareil

d'une manœuvre facile, sans oublier qu'il ne faut pas négliger de savoir donner le chloroforme par les procédés les plus simples que nous devons savoir exiger de nos aides. La diffusion des bons procédés d'anesthésie générale parmi les médecins est nécessité sociale.

M. Routier. — Je crains que malgré les nouveaux appareils l'administration du chloroforme à nos malades ne reste toujours un des actes les plus troublants et les plus graves de notre pratique chirurgicale, et cependant, il faut que le plus modeste praticien puisse faire bénéficier ses clients des avantages de l'anesthésie ; comment concilier ces deux choses ?

Très convaincu de cette dernière nécessité, je me suis fait un devoir, tous les ans, au moment du changement des élèves dans nos services, de leur apprendre ce que je crois être le meilleur moyen, la meilleure méthode pour administrer le chloroforme. J'étends cet enseignement à tous ceux qui m'entourent, et jusqu'aux bénévoles, qui, je dois le dire, ne sont pas toujours les plus mauvais chloroformistes.

J'ai toujours vu, et vous l'avez certainement observé comme moi, que parmi les élèves auxquels nous confions le chloroforme, les uns arrivent assez vite à le manier très bien, d'autres, assez bien, mais que par contre, il en est un certain nombre qui jamais n'arrivent à le donner convenablement ; c'est toujours avec ceux-là qu'on a des alertes, qu'on a des malades mal endormis, qu'on dépense des quantités de chloroforme, c'est avec eux enfin qu'on peut avoir des accidents mortels.

C'est à croire que c'est véritablement un art que de donner le chloroforme ; pourra-t-on réduire cette difficulté avec les appareils ?

Jusqu'ici j'avais été assez mal impressionné par les appareils ; ceci vient de ce que pendant que j'étais chef de clinique du professeur Le Fort, mon regretté maître nous forçait à nous servir de l'appareil de Junker qui, tel que les appareils qu'on vient de nous présenter, avait la prétention de doser les vapeurs de chloroforme ; on lançait avec une soufflerie l'air extérieur dans un récipient contenant de 20 à 30 grammes de chloroforme, et cet air chargé de vapeurs était respiré par le patient au moyen d'un masque ; de cet appareil, j'ai conservé le souvenir des crampes que j'ai gagnées à manœuvrer la soufflerie, et des très mauvaises anesthésies obtenues.

Tout prêt cependant à accepter un progrès, je n'ai pas cru devoir m'en tenir là. J'ai essayé celui de Roth-Dræger modifié par Guglielminetti.

Eh bien, je dois dire que je suis de cet essai moins enthou-

siaste que mon excellent ami le professeur Kirmisson ; je ne parlerai ni de Ricard ni de Reynier, je n'ai pas encore expérimenté leurs appareils, et nos collègues ont pour leur création une admiration toute naturelle que je ue demande qu'à partager.

Donc avec l'appareil de Roth-Dræger, je n'ai pas été satisfait, deux malades n'ont pas bien gardé la résolution, on a dû revenir à la compresse ; dans un cas, le début de la chloroformisation, qui jusque-là m'avait séduit par sa facilité, a, au contraire, nécessité une lutte violente avec la malade.

Les cinq malades sur lesquels j'ai essayé étaient des femmes et des malades de la ville.

Non content de mon expérience personnelle, j'allai, il y a quelques jours, voir fonctionner cet appareil chez mon ami Delbet, le grand champion du Roth-Dræger modifié par Guglielminetti ; je vis endormir un jeune homme auquel notre collègue allait faire une cure radicale de hernie.

Prenez-garde, lui dis-je, j'ai la guigne avec cet appareil, ça ne va pas marcher.

Vous allez-voir, me dit-il, ça va toujours parfaitement; quelques minutes après, le malade était pris de vomissements, se réveillait; mon ami Delbet remplaça son chloroformisateur par un autre, et tout reprit une marche normale.

Ce fait m'avait frappé, et je n'ai pas pu m'empêcher de le rapprocher des miens, de ce que nous ont dit MM. Kirmisson et Ricard, à savoir que, même avec ces appareils destinés à révolutionner la chloroformisation, destinés surtout à tuer la compresse, il fallait cependant avoir un bon chloroformisateur.

C'est là que je voulais en venir, car pour moi, le bon chloroformisateur est l'âme de la question, et je dirai presque que quel que soit le mode d'administration employé, si le chloroformisateur est bon, la chloroformisation est bonne et la quantité de chloroforme employée minime, tout autant qu'avec les appareils.

Je ne crains pas de l'affirmer, car j'ai vu, avec succès, donner le chloroforme avec les méthodes les plus diverses et les plus opposées.

Chez Cusco, une simple épaisseur de toile était placée sur le nez et la bouche du malade, et nous laissions tomber avec un compte-gouttes le chloroforme à gouttes espacées.

Chez de Saint-Germain, nous assommions les petits malades avec une compresse pliée en cinq ou six épaisseurs et largement imbibée de chloroforme.

Chez Gosselin, on donnait le chloroforme sur la compresse en faisant faire, toutes les dix inspirations, deux inspirations à l'air libre.

Pour ma part, j'ai jusqu'ici donné la préférence à la méthode de Labbé, que m'a enseigné Paul Boncour, celle des très petites doses continues, sur une compresse en quatre doubles, en donnant très peu d'air.

Avec ces diverses méthodes j'ai endormi et vu endormir parfaitement des malades; j'ai vu de mes collègues d'internat, de mes amis, de mes élèves, ne pas arriver à obtenir une bonne anesthésie.

J'ai eu la chance, au cours de ma carrière, de n'avoir qu'une mort.

Il y a certainement un art, un doigté à acquérir, il faut surtout beaucoup d'attention de la part du chloroformiste, et je me demande si l'emploi des appareils nouveaux n'a pas été la cause que les anesthésies ont été conduites avec plus de soins et ont mieux réussi.

L'appareil, entre les mains de mes élèves qui n'y étaient pas faits, n'a pas donné satisfaction. Je vous ai raconté ce que j'ai vu chez mon ami Delbet. Rappelez-vous le cas de mort cité par M. Kirmisson, survenu dans un service où depuis longtemps fonctionne l'appareil, où sans doute il y a eu un petit relâchement dans sa surveillance, et permettez-moi, sans me traiter de réactionnaire et de rétrograde, de ne pas partager l'emballement de nos collègues pour les appareils, et de continuer à croire qu'il faut surtout soigner la chloroformisation.

Entre le toxique et l'intoxiqué, comme nous disait Ricard, il faut toujours un intermédiaire, j'estime qu'il le faut intelligent et attentif.

Rappelez-vous ce qu'on a dit pour montrer la supériorité de l'éther sur le chloroforme : tout le monde pouvait du premier coup administrer magistralement l'éther; eh bien, c'est faux : pour donner l'éther, il y a une manière qui est la bonne et qu'il faut connaître.

Je reste convaincu que tant qu'on donnera à un être humain une dose capable de le plonger dans le sommeil anesthésique, il y aura un danger, et que le seul moyen de l'atténuer, c'est d'apporter une très grande attention dans l'administration du toxique; et si je plaide un peu pour l'emploi de la compresse, c'est que l'appareil est simple, à la portée de tous les praticiens, et qu'avec une attention soutenue on peut en obtenir les meilleurs résultats. Ce qui ne veut pas dire, je le répète, que je ne sois désireux d'essayer les appareils de Reynier et de Ricard que je n'ai malheureusement pas eu encore à ma disposition.

M. Kirmisson. — Je répète qu'il n'y a pas d'appareil de Guglielminetti : c'est l'appareil de Roth. Les conclusions de M. Routier sont basées sur un trop petit nombre de faits pour porter un jugement sur ces appareils. Quand M. Routier s'en sera servi plus longuement il pourra juger.

Les témoignages de MM. Delbet, Lucas-Championnière, Quénu, et les miens, basés sur 463 chloroformisations, nous autorisent à des conclusions certainement favorables.

Quant au rôle du chloroformisateur, il est évidemment considérable ; il est très important d'avoir une technique bien précise. Pour moi, je persiste à croire que c'est faire une œuvre utile que chercher le progrès.

M. Pierre Delbet. — Ce qu'a dit mon ami Routier pourrait faire croire que les anesthésies sont généralement mauvaises dans mon service, depuis que j'emploie l'appareil Roth-Dræger. Je tiens à dire qu'il n'en est rien. Je suis, au contraire, toujours très satisfait du mélange d'oxygène et de chloroforme. Mais il est bien certain que l'appareil ne fonctionne pas tout seul ; il est bien certain qu'il ne suffit pas, pour obtenir une bonne narcose, de mettre dans la même salle ou au voisinage l'un de l'autre un malade et un appareil. Entre les deux, il faut un intermédiaire, le chloroformisateur, et il y a un grand avantage à ce que le chloroformisateur soit bon. Ce que nous disons, nous, partisans des appareils, c'est qu'avec des chloroformisateurs de même valeur on a de meilleures narcoses lorsqu'on emploie les appareils qui permettent de doser le chloroforme avec précision que lorsqu'on se sert de la grossière compresse.

M. Routier. — J'ai dit l'appareil de Roth-Dræger avec la modification de Guglielminetti. — Si je n'ai porté que cinq cas, c'est parce que mécontent de mes essais je me suis arrêté, et qu'il m'a paru utile néanmoins de les faire connaître parce que mauvais ; mais ne me faites pas dire plus que ce que j'ai dit, à savoir simplement, que je n'étais pas aussi enthousiaste que mes collègues, relativement à l'emploi des appareils, et que je considérais le chloroformisateur comme un facteur plus important que l'appareil lui-même.

M. Tuffier. — La question que nous discutons me paraît bien près d'être épuisée, et je ne veux pas reprendre tout ce que vous avez si bien dit. Il y a, en somme, un *dispositif* pour anesthésies, et un *anesthésiste* qui le manie. Je me range tout à fait à l'avis de ceux qui considèrent le rôle du second comme égal à la valeur du premier et, pour ma part, je choisirais certainement mon *chlo-*

roformisateur attentif avant de me faire opérer sous un appareil quelconque. Quant au dispositif, j'ai essayé les différents modèles qui m'ont été présentés, mais je me garderai bien de conclure à la suprématie de l'un d'eux, car une longue pratique pourra seule nous dire si la supériorité expérimentale et théorique bien établie de l'*oxygène* est variable en chirurgie humaine. C'est un point très important à établir, car la *dose* et le *titre* des mélanges anesthésiques donnés par ces différents appareils n'ont aucune rigueur mathématique. Nous n'avons de ce côté que des « à peu près », dont nous pouvons et nous devons nous contenter; et je crois que l'avantage du dispositif mécanique est uniquement dans la *régularité* de la chloroformisation. Tout ce que je puis affirmer actuellement, c'est que l'anesthésie paraît plus régulière avec les appareils, qui nous évitent les « alertes », et je crois pouvoir vous en donner la raison.

J'ai pratiqué autrefois et communiqué ici même à propos de l'anesthésie chirurgicale (*Soc. de Chirurgie* 1902, p. 218. Séance du 19 février) une série d'expériences faites en commun avec mon ami M. Hallion. Elles consistaient à enregistrer la pression artérielle et cardiaque pendant la chloroformisation; voici ce que nous pouvons en extraire à propos de la discussion actuelle. Lorsqu'on donne le *chloroforme à la compresse*, ou quand dans le courant d'une intervention on *imbibe fortement une compresse* et qu'on l'approche des narines, on constate chez un animal en expérience que la *pression artérielle baisse rapidement et brusquement*, et cela dans une proportion considérable, puis la tension artérielle tend à revenir à la normale; on est obligé alors de donner une nouvelle dose pour entretenir l'anesthésie, et de nouveau on voit la pression artérielle s'abaisser; si même les doses chloroformiques ainsi administrées sont massives et brusquement renouvelées, la pression tombe au voisinage de zéro. Rapprochez cette expérience de ce qui a lieu pendant la chloroformisation d'un malade par un aide *inattentif*.

Vous vous rappellerez comme moi la dose massive de chloroforme donnée à la hâte lorsque l'opéré manifeste ces réflexes par quelque mouvement qui nous gêne; il y a là une cause d'accident, surtout si la dose est maintenue, car nous savons tous que ce sont surtout les alertes du côté de la circulation qui sont graves.

Pour obvier à cet inconvénient *en chirurgie expérimentale*, M. Hallion avait dans nos expériences installé avec nos simples ressources courantes de laboratoire un dispositif « de fortune » dont voici l'essentiel. C'est un récipient, un pot à confiture, dans lequel une série de lames de gaze aseptique étaient tendues sépa-

rées par quelques millimètres et superposées les unes au-dessus des autres. Le large bouchon de ce récipient était perforé de trois trous, l'un pour laisser passer l'extrémité d'une burette graduée qui versait avec une vitesse constante goutte à goutte le chloroforme sur l'étage inférieur des gazes qui s'imbibaient; les deux autres laissaient passer deux tubes, l'un qui descendait au fond du vase et amenait l'air pur, l'autre qui affleurait l'extrémité supérieure au-dessus du niveau des gazes et qui emportait l'air saturé de chloroforme jusqu'au masque de la gueule de l'animal. Cette disposition permettait, en réglant la vitesse avec laquelle s'écoulait le chloroforme, d'avoir un mélange anesthésique à peu près constant. Eh bien, si dans ces conditions nous enregistrons la *pression artérielle* d'un animal soumis à une opération, nous voyons que cette pression est constante ou à peu près, et nous n'avons plus ces brusques et graves oscillations, témoignages de troubles circulatoires très intenses. Je n'ai pas encore vérifié l'état de la circulation, ni chez les animaux, ni chez l'homme, avec les appareils qui nous ont été présentés; je compte le faire, mais, comme ils ne représentent en somme que le dispositif que je viens de décrire, il est bien probable qu'ils me donneront un résultat analogue; c'est pourquoi je tenais à vous exposer ces quelques remarques; elles pourront peut-être expliquer la régularité de l'anesthésie et l'absence des troubles circulatoires, entre tous redoutables, pendant la chloroformisation.

M. Quénu. — Je tiens à dire de nouveau que, d'après mon expérience, il est plus facile de faire un bon chloroformisateur avec l'appareil de Roth qu'avec la compresse.

Mes externes ont appris le maniement de cet appareil, en deux ou trois séances ; ils sont actuellement d'excellents anesthésistes et donnent mieux le chloroforme avec l'appareil après deux mois d'apprentissage qu'après huit mois d'usage de la compresse.

Rapports.

Plaie du ventricule droit par coup de couteau. Suture. Guérison, par M. Riche, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. DELORME.

M. Riche a lu à la Société de chirurgie l'intéressante observation d'une jeune femme enceinte de quatre mois qui avait reçu dans la région du cœur, un coup de couteau pénétrant du ven-

tricule droit. M. Riche était à l'hôpital lorsqu'on amena cette femme, deux heures environ après l'accident. Il découvrit le cœur, le sutura; sa malade guérit.

Cette opération, l'une des très rares pratiquées en France, associe le nom de M. Riche à ceux de Fontan, Mignon et Sieur, Bouglé, Savariaud, Marion et Launay. Elle fait d'autant plus honneur au sang-froid et à l'habileté de l'opérateur que la découverte et la suture du cœur ont dû être assurées par lui dans des conditions d'assistance précaires et au prix de réelles difficultés, car il s'agissait du ventricule droit. Or, l'on sait que la paroi mince de ce ventricule, qu'on doit s'évertuer à ne pas traverser en totalité, se laisse aisément déchirer par les fils. Aucun chirurgien n'a oublié les essais renouvelés et infructueux de Zulhener qui perdit son malade après avoir, par le passage des fils, transformé en plaie irrégulière, large, anfractueuse, une plaie nette de ce ventricule bas située.

Quoi qu'il en soit de ces aléas et de ces difficultés, ils ne sauraient détourner de la conduite suivie par M. Riche, car c'est la seule qui puisse donner au blessé des chances sérieuses de survie. C'est bien l'impression qui, en particulier, ressort de la lecture de son observation peut-être un peu sommaire. Je crois d'autant moins utile de la paraphraser qu'elle comporte bien son enseignement et que les faits nouveaux rapportés depuis la publication des rapports de MM. Terrier et Raymond lus au Congrès de chirurgie, en 1902, de ceux de MM. Le Dentu et Peyrot lus à l'Académie de médecine, le nombre des cas publiés n'est que de quelques unités et qu'ils ne nous apprennent rien que nous ne connaissions déjà. Peut-être faut-il faire exception pour celui d'Isnardi. Après avoir, au cours de son opération, éprouvé les mêmes difficultés que M. Riche pour suturer une plaie du ventricule droit, ce chirurgien n'obtint la guérison de sa malade qu'après que celle-ci eut traversé des complications des plus graves, une péricardite suppurée, une pleurésie suppurée, un catarrhe bronchique généralisé.

Je reproduis intégralement l'observation de M. Riche.

Plaie du ventricule droit par coup de couteau. — Suture. Guérison.

Ch... (Blanche), âgée de trente ans, enceinte de quatre mois, se donne le 30 mars 1902 à deux heures et demie du matin un coup de couteau dans la région précordiale. Elle perd connaissance et on la fait aussitôt transporter à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Monod.

Elle venait d'arriver lorsque j'y suis appelé pour une plaie péné-

trante de l'abdomen. On me l'apporta sur un brancard comme je terminais cette première opération.

Elle n'avait repris connaissance qu'un instant. Lorsque je la vis, elle avait les lèvres décolorées, les extrémités froides et cyanosées, le pouls fréquent, petit et irrégulier.

Les bruits du cœur étaient faibles et sourds.

Elle portait dans le 4e espace intercostal gauche deux plaies dont l'une n'intéressait même pas toute l'épaisseur de la peau et dont l'autre, ayant 1 centimètre de long, était située entre le mamelon et la ligne médiane.

La respiration était fréquente mais régulière.

L'irrégularité du pouls me fit émettre l'hypothèse d'une lésion du cœur.

Il était quatre heures et demie du matin; l'éclairage consistait en trois becs Auer fonctionnant très mal. Je fis donner un peu de chloroforme par la surveillante et je commençai l'opération, n'ayant pour aide qu'un externe de médecine qui n'avait jamais vu faire de chirurgie active.

Opération. — Je fais une incision transversale dans le quatrième espace, passant par la plaie cutanée; je recourbe immédiatement l'extrémité interne de cette incision en remontant le long du bord gauche du sternum pour être prêt à tailler un volet ostéo-cutané. Je constate que le couteau a traversé les intercostaux et par l'orifice l'extrémité de mon index s'engage dans la plèvre. Ce que voyant, je sectionne les 4e et 3e cartilages au bistouri, je continue ma section à travers le deuxième espace et rabats en dehors le volet obtenu sans faire de section osseuse. Aucun vaisseau ne saigne dans l'épaisseur de la paroi.

Le poumon est complètement rétracté et *la plèvre ne contient pas de sang*. La face antérieure du péricarde est infiltrée de sang et je n'y puis voir le point de pénétration du couteau; les battements du cœur sont mal perçus.

Je sectionne et rabats en dehors le cinquième cartilage et j'incise le péricarde sur toute sa hauteur. Il contient du sang liquide et un gros caillot.

A peu près à mi-hauteur du ventricule droit du sang noir s'écoule en quantité notable par un orifice qui pouvait avoir 5 millimètres. Le myocarde est pâle et mou.

Instinctivement, je cherche à oblitérer avec une pince hémostatique la perforation. Le tissu du ventricule se déchire sous la pince et l'hémorragie devient extrêmement abondante.

J'empoigne le cœur à pleine main gauche et tâche de suturer l'orifice. Mon premier point est perforant, les piqûres d'aiguille saignent; le catgut coupe le myocarde et l'hémorragie devient effrayante. Elle diminue un peu lorsque je tire le cœur vers moi, mais il s'affole, semble s'arrêter, puis se remet à battre. J'arrive à passer un catgut, puis deux autres sans intéresser toute l'épaisseur de la paroi et quand ils sont noués je constate avec quelque satisfaction que le sang ne coule plus. Je ferme complètement le péricarde par un surjet de

catgut. Je débarrasse la plèvre gauche de la quantité énorme de sang qui s'y est répandue au cours de l'opération, je me borne à suturer la peau à grands points sans drainage.

Le pouls était encore petit et fréquent, mais parfaitement régulier.

Dans la journée la malade fut agitée, anxieuse; les lèvres étaient un peu cyanosées, la dyspnée était considérable. Le pouls, bien frappé, battait à 80. Je la vis à sept heures du soir et constatai non sans surprise qu'elle allait très bien et causait assez facilement. Temp. 36°8.

31 *mars*. — Respiration 40, pouls, 108. Temp., matin, 36°8; soir, 38 degrés (vaginale).

On défait le pansement; il y a eu un suintement séro-sanguinolent abondant. On constate que les battements du cœur soulèvent la paroi avec énergie. Tympanisme à la percussion avec une zone de matité de trois à quatre travers de doigt à la base, en arrière.

Une piqûre de morphine calme la dyspnée.

1er *avril*. — La dyspnée existe toujours et la malade présente dans la journée deux ou trois crises de suffocation.

Respiration, 36. Pouls. 106.

Temp. matin, 37°3; soir, 37°7.

2 *avril*. — Encore une crise de suffocation. Temp. matin, 37°7; soir 38°2.

3 *avril*. — Pas de crise, Temp., 36°8; 38 degrés.

5 *avril*. — Je la trouve assise sur son lit en train de prendre son bouillon. P., 104. Encore un peu de dyspnée.

8 *avril*. — Violente crise de dyspnée qui cède à 2 centigrammes de morphine, P. 110.

Les fils sont enlevés; réunion complète.

La percussion donne encore un son tympanique; il persiste encore encore une petite zone de matité à la base. On entend le murmure vésiculaire.

Les jours suivants la dyspnée disparaît rapidement, la malade cause sans aucune gêne et s'alimente régulièrement.

13 *avril*. — La malade sent remuer son enfant pour la première fois.

15 *avril*. — La malade se lève.

18 *avril*. — Il y a encore du tympanisme à gauche, mais plus de matité. Le thorax est encore rétracté de ce côté.

Il y a un gros cal sur le quatrième cartilage; il n'y a encore aucune consolidation du troisième.

Le 21 *avril* elle quitte Saint-Antoine pour aller en convalescence à Mary-sur-Marne,

Quelques jours après, elle cesse de percevoir les mouvements de l'enfant.

Le 7 *mai* elle fait une fausse couche.

Elle quitte Mary-sur-Marne le 20 mai.

Je ferai remarquer, dit M. Riche, que dans ce cas la gravité de l'état de la blessée tenait non pas à l'hémorragie, mais à la compression du cœur par l'épanchement intra-péricardique. Le

peu d'étendue de la plaie du péricarde s'était opposé à l'effusion du sang dans la plèvre; aussi, malgré l'énorme quantité de sang perdue au cours de l'opération, le pouls était-il bien meilleur lorsqu'elle fut terminée.

Les difficultés opératoires n'ont tenu qu'à la minceur de la paroi du ventricule droit et à sa friabilité peut-être exagérée par l'état de grossesse.

Je ne me suis pas attardé à examiner si la suture était plus facile en systole qu'en diastole et je n'ai pas pris le temps de faire des observations physiologiques sur les phénomènes circulatoires et respiratoires. Tout ce que j'ai pu constater, c'est qu'aussitôt qu'on lâche le cœur, l'hémorragie est effroyable, qu'aussitôt qu'on l'attire au dehors, elle diminue très notablement.

Je vous propose de déposer l'observation de M. Riche dans nos archives; de réserver à M. Riche un bon rang sur la liste des membres titulaires de la Société de chirurgie.

Note sur l'emploi de la scopolamine, comme anesthésique général en Chirurgie, lue à la Société de chirurgie le 30 décembre, par M. DESJARDINS, ancien interne des hôpitaux.

Rapport par M. le professeur F. TERRIER.

Messieurs, la note qui nous a été lue par M. Desjardins, en décembre dernier a vivement attiré votre attention, et j'ai été désigné pour vous faire un rapport sur cette note et sur les expériences faites dans mon service de la Pitié, expériences encore peu nombreuses car elles ne sont qu'au nombre de 26 dont 24 prises dans le service.

La scopolamine ($C^{11}H^{21}AzO^{4}$) fut extraite en 1890, par Schmidt du Scopolia Japonica.

En 1880 Ladenburg avait trouvé dans les eaux mères de la préparation de l'hyosciamine une substance, l'hyoscine. Or ces deux corps hyoscine et scopolamine, seraient chimiquement identiques, tout en ayant des propriétés physiologiques différentes.

La scopolamine seule serait anesthésique; elle se présente sous forme de cristaux prismatiques, fusibles à 59 degrés, solubles dans l'eau, très solubles dans l'alcool et l'éther.

Cette scopolamine s'altère rapidement à l'air et à la lumière, d'où la nécessité de l'utiliser fraîchement préparée et de la conserver dans des ampoules fermées et opaques.

Le sel de scopolamine employé le plus ordinairement est le bromhydrate, mais il serait dans le commerce trop souvent impur

et contiendrait de la scopolamine active, de la scopolamine inactive ou hyoscine et de l'atroscine.

Aussi est-il indiqué d'employer la scopolamine préparée par Merck, de Darmstadt, qui seule serait chimiquement pure.

Technique. — L'anesthésie s'obtient au moyen d'injections sous-cutanées faites à l'aide d'une seringue de Pravaz ordinaire, stérilisée bien entendu. Nous avons utilisé la technique du professeur Bloch, de Fribourg-en-Brisgau.

Il emploie la solution suivante :

Bromhydrate de scopolamine . . .	0,0012 décimilligrammes.
Chlorhydrate de morphine.	0,012 milligrammes.
Eau distillée	1 centimètre cube.

On fait une première injection quatre heures avant l'intervention, une seconde deux heures, et une troisième, une heure avant l'opération.

Notre solution est identique comme proportion respective de scopolamine et de morphine. Toutefois nous n'utilisons qu'un milligramme de scopolamine et un centigramme de morphine par centimètre cube d'eau distillée.

D'autres solutions ont été utilisées par Dirk assistant de Rotter, par Israel, par Ziffer assistant de Dirner, de Buda-Pesth; nous ne les avons pas expérimentées.

Étude clinique. — Après la première injection, entre vingt et trente minutes, le patient s'endort tout naturellement, il résiste un peu au sommeil, se frotte les yeux, bâille, se retourne plusieurs fois dans son lit; interrogé, les réponses sont de moins en moins nettes, les paupières se ferment comme dans le sommeil naturel.

La respiration est tranquille, on note quelques mouvements réflexes, comme ceux de porter les mains à la figure, de se gratter le nez ou la face, de se retourner dans son lit, de ramener ses couvertures si on vient à les déplacer.

Après la deuxième injection, les réflexes diminuent, la respiration très calme devient moins fréquente, le pouls au contraire s'accélère.

Souvent alors le patient ronfle, il dort profondément sur le dos, la bouche entr'ouverte, les bras repliés au-dessus de la tête, les poings fermés. L'expression de dormir à poings fermés lui est tout à fait applicable.

Si on vient à lui parler un peu fort, si l'on secoue le patient, il ouvre les yeux, avec l'air étonné d'un sujet dont on trouble le premier sommeil, il balbutie quelque mots sans suite et se rendort aussitôt.

Après la troisième injection, le sommeil est complet d'ordinaire. La troisième piqûre n'est pas sentie et n'interrompt pas le sommeil. Il y a de la vaso-dilatation de la face, qui se colore un peu plus que d'habitude ; parfois quelques gouttes de sueur se font voir.

La respiration diminue de fréquence, elle est profonde, l'inspiration semblant prolongée. Le pouls est plein, régulier mais rapide, variant de 90 à 120 selon les sujets.

Les pupilles sont dilatées, les globes oculaires sont déviés en haut et un peu en dehors comme dans le sommeil naturel.

La résolution des muscles des membres n'est pas complète, on peut sans efforts leur faire exécuter tous les mouvements, mais abandonnés à eux-mêmes ils ne retombent pas brusquement et inertes sur le lit, cette chute se fait doucement, comme dans le sommeil normal.

Il faut cependant noter que si on secoue le sujet, si on lui parle haut et avec insistance, si l'on fait du bruit autour de lui, il s'éveille comme dans le sommeil physiologique ; mais l'anesthésie persiste, et la sensibilité au pincement, aux piqûres est absolument nulle. Cette abolition de la sensibilité qui persiste assez longtemps est très curieuse à signaler.

Les patients doivent donc, à cause du réveil plus ou moins facile, être transportés avec précaution, en évitant de les remuer brusquement. Il ne faut pas les pincer pour s'assurer de leur sommeil, mais éviter toutes les secousses pouvant les éveiller un peu.

Avant et pendant l'opération il est indiqué de garder le silence le plus absolu.

Avant et pendant l'opération, il arrive souvent que les sujets font quelques mouvements réflexes surtout du côté des membres. Il ne faut pas les maintenir avec force, mais les ramener à leur position primitive avec douceur.

Quand au début ou pendant l'intervention le sujet semble se réveiller, s'agiter, il suffit d'arrêter les manœuvres qui provoquent les réflexes pendant quelques secondes pour les voir cesser et constater que le sujet se rendort et reste immobile ; souvent il ronfle de nouveau.

Enfin, il est bon de couvrir les yeux au patient avec une compresse de toile, il semble que la vue, inconsciente d'ailleurs, des personnes qui l'entourent, contribue à l'éveiller.

La vaso-dilatation produite par la scopolamine paraît accusée pour les téguments, elle est moindre pour les parties profondes de la plaie, et ne gêne pas souvent l'opérateur, au moins dans les opérations ordinaires ne nécessitant pas l'emploi adjuvant du

chloroforme. L'opération faite, le patient est remis dans son lit, avec les précautions prises pour l'amener sur la table d'opération.

Il continue à dormir, aussi paisiblement qu'avant l'intervention. La durée du sommeil varie entre quatre et cinq heures; quant au réveil, il est très calme : le patient ouvre les yeux, semble étonné de se trouver couché, demande à boire, boit et souvent se rendort encore pour quelques heures.

S'il est définitivement réveillé, il s'étire, se frotte les yeux, demande à manger, et semble très étonné quand on lui dit qu'il a été opéré.

Aucun de nos opérés n'a eu besoin de morphine pour dormir la nuit qui suivit l'opération.

Mais, fait remarquable, l'anesthésie persiste alors que les fonctions cérébrales sont revenues intactes et aucun des opérés ne s'est plaint de la lésion traumatique pendant les vingt-quatre premières heures. La nuit qui suit l'intervention est donc très bonne et sans douleurs.

Le lendemain, le pouls et la température sont revenus à la normale. La mydriase persisterait vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Jamais de céphalée, de nausées ou de vomissement. Urines normales augmentées.

Tous les malades interrogés ne se souvenaient de rien, alors même qu'ils avaient paru témoigner quelque sensibilité pendant l'intervention, alors même que l'anesthésie avait dû être poursuivie par quelques inhalations de chloroforme.

Quels sont les avantages de cette méthode d'anesthésie?

Elle supprime absolument l'appréhension de l'acte opératoire.

L'excitation qui précède l'anesthésie n'existe pas; de là une cause de syncope tout à fait écartée.

Les nausées, les vomissements, les malaises qui accompagnent trop souvent le réveil n'existent pas. Les opérés, qui dormaient profondément, se réveillent normalement, sans l'ombre de malaises. Ils peuvent boire et s'alimenter même très vite après le réveil.

L'anesthésie persistante après le réveil est encore un phénomène précieux à constater; il permet une bonne nuit à l'opéré, qui ne souffre pas du traumatisme chirurgical qu'il vient de subir et dont il n'a aucune conscience.

L'anesthésie avec la scopolamine ne provoque pas l'apparition de l'albumine dans les urines.

Elle ne paraît pas agir sur l'appareil cardio-respiratoire, ne provoquant pas d'irritation des bronches.

Signalons maintenant les inconvénients de la méthode :

Le principal, signalé par Dirk et Israel, c'est la variété d'action de l'anesthésique, selon les cas, les sujets et le produit utilisé.

Tantôt l'anesthésie est assez complète; d'autres fois elle est très difficile, et on est obligé de parfaire l'action par des inhalations de chloroforme. Celles-ci sont, il est vrai, moindres, que si l'on n'avait pas employé la scopolamine, mais elles sont toujours de trop pour l'opéré et l'opérateur.

La facile décomposition de la scopolamine est probablement une cause de cette action instable, d'où l'indication d'utiliser de la scopolamine fraîche et parfaitement à l'abri de toute altération.

Le second inconvénient signalé est la vaso-dilatation, qui pour certaines opérations en tissu vasculaire nécessite des précautions d'hémostase minutieuses qui allongent l'intervention chirurgicale.

Enfin nous devons signaler la contracture de la paroi abdominale, contracture qui persiste malgré l'emploi adjuvant du chloroforme. Il paraît qu'en utilisant d'autres techniques que celle que nous avons suivie, par exemple en ne faisant qu'une seule injection sous-cutanée de scopolamine, cette contracture, qui contre-indiquerait l'usage de la scopolamine dans toutes les opérations abdominales, disparaîtrait.

La scopolamine aurait enfin un grand avantage sur la plupart des autres anesthésiques, c'est son *innocuité*.

Telle n'est pas l'opinion de l'auteur anonyme d'un article paru dans la *Semaine médicale* du 11 janvier 1905, qui rapporte douze observations de « mort notoire » sur 1189 cas publiés d'anesthésie par la scopolamine.

Or, le nombre des cas relatés est de 1489 d'après les recherches de M. Desjardins. Quant à la « mortalité notoire », M. Desjardins, après examen des cas mortels, prouve facilement qu'il y a une exagération peut-être voulue dans leur attribution à l'emploi de la scopolamine.

Obs. I. (*Chloroforme*). — C.... (Léontine), quarante-sept ans. Cancer du rectum. Anus iliaque.

1re injection, à 5 h. 1/2, dort à 6 h. 1/4.		
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 78	Respiration, 16
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 80	Respiration, 15
Opération, à 10 heures	Pouls, 85	Respiration, 15

Opération par M. Gosset. *Durée* : 35 *minutes*.

Le 16 *décembre* 1904. — La malade dort paisiblement, mais à l'incision cutanée fait quelques mouvements. On attend et on continue dès qu'elle est rendormie. Comme la recherche et la mobilisation de l'S iliaque sont assez pénibles, on donne quelques gouttes de chloroforme. La malade n'a pas d'excitation (en tout 4 centimètres cubes).

Réveil à 2 h. 1/2, naturel, sans céphalée ni vertiges. Pas de nausées ni vomissements.

Le soir, boit du lait.

Nuit suivante calme. La malade dort sans morphine.

Le lendemain, interrogée, ne se souvient de rien, ne souffre pas. Mange comme d'habitude.

Pouls, 76; respiration, 16.

Rien dans les urines.

Obs. II. (*Pas de chloroforme*). — D... (Adeline), vingt-huit ans. Fissure de l'anus. Dilatation anale.

1re injection, à 5 h. 1/4, dort à 6 heures.		
2e injection, à 7 h. 1/4	Pouls, 76	Respiration, 16
3e injection, à 5 h. 1/4	Pouls, 84	Respiration, 12
Opération, à 9 h. 1/4	Pouls, 88	Respiration, 12

Opérée par M. Gosset. *Durée : 5 minutes.*

Le 17 décembre 1904. — La malade dort paisiblement et profondément. Elle ne bouge pas pendant la dilatation. Réveil à 1 h. 3/4, normal, sans céphalée ni agitation. Pas de nausées ni de vomissements.

Le soir, elle boit du lait. Dort toute la nuit sans morphine. Ne se plaint nullement de souffrir.

Le lendemain : Pouls, 70. Respiration, 16. Mydiase persiste.

Cette malade est d'autant plus contente de l'anesthésique qu'elle a été déjà opérée d'une néphropexie et que le chloroforme l'a fait souffrir pendant 3 jours.

On trouve dans l'urine des traces d'albumine indosables. Mais l'analyse par l'acide acétique n'en révèle pas, ni avant l'opération, ni après.

Obs. III. (*Chloroforme.*) — L... (Jean), quarante et un ans. — Adénite tuberculeuse du cou. Ablation des ganglions.

1re injection, à 5 h. 1/2, dort après 20 minutes.		
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 78	Respiration, 17
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 80	Respiration, 16
Opération, à 10 heures	Pouls, 85	Respiration, 13

Opération par M. Dujarier. *Durée* : 28 *minutes.*

Le 19 décembre. — Le malade dort bien et presque toute l'opération se fait sans qu'il bouge. A la fin, il fait quelques mouvements qui rendent dangereuse la dissection. On donne quelques gouttes de chloroforme (2 centimètres cubes). Il n'y a pas de vaso-dilatation appréciable.

Réveil à 5 h. 1/2, normal sans excitation ni céphalée. Pas de nausées ni vomissements.

Boit du lait le soir.

Dort la nuit sans morphine. Se réveille une fois.

Le lendemain, interrogé, ne se souvient de rien, ne souffre pas. Pouls, 78; respiration, 17; légère mydriase.

Mange comme d'habitude.

Rien dans les urines.

Obs. IV. (*Chloroforme.*) — P... (Jeanne), dix-neuf ans. — Appendicite à froid. Appendicectomie.

Une seule injection, à 9 h. 1/2, ne dort pas.
Opération, à 10 heures Pouls, 72 Respiration, 18

Opération par M. Gosset. *Durée* : 20 *minutes.*

Le 20 *décembre* 1904. — La malade n'ayant eu qu'une seule injection une demi-heure avant l'opération, on donne du chloroforme dès le début. Pas de période d'excitation (5 centimètres cubes avec l'appareil Vernon-Harcourt).

Réveil à 2 h. 1/2, normal sans céphalée ni vertiges, pas de vomissements, une ou deux nausées.

Nuit calme sans morphine, dort en se réveillant 3 fois.

Le lendemain, interrogée, ne se souvient de rien, ne souffre pas. Pouls, 75. Respiration 17, plus de mydriase. Boit du lait.

Rien dans les urines.

Obs. V. (*Chloroforme.*) — M... (Arsène), dix-huit ans. — Hernie inguinale. Cure radicale.

1re injection, à 6 h. 1/2, dort après 30 minutes.		
2e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 70	Respiration, 18
3e injection, à 9 h. 1/2	Pouls, 72	Respiration, 18
Opération, à 10 h. 3/4	Pouls, 75	Respiration, 17

Opération par M. Dujarier. *Durée* : 19 *minutes.*

Le 21 *décembre* 1904. — Le malade dort bien pendant toute la première partie de l'opération. Au bout de douze minutes on lui donne du chloroforme car il remuait (4 centimètres cubes).

Réveil à 4 heures, normal sans céphalée ni excitation. Pas de nausées ni vomissements. Boit du lait à 5 heures.

Nuit calme sans morphine, dort presque toute la nuit.

Le lendemain ne souffre pas ; ne se souvient de rien. Pouls, 78. Respiration, 17, pas de mydriase.

Régime alimentaire habituel.

Rien dans les urines.

Obs. VI. — (*chloroforme*). — M... (Marguerite), dix-sept ans. — Appendicite à froid. Appendicectomie.

Une seule injection, à 9 heures, dort après 15 minutes.
Opération, à 10 heures Pouls, 90 Respiration, 16

Opération par M. Gosset. *Durée* : 25 *minutes.*

Le 24 *Décembre* 1904, — Cette malade qui n'a eu qu'une seule injection, une heure avant l'opération ne dort pas complètement. On donne du chloroforme dès le début. Elle s'endort immédiatement sans période d'excitation (10 centimètres cubes).

Reportée dans son lit, on lui fait une injection de 1 centigramme de

morphine, elle se réveille au bout de moins d'une minute, et fait une crise hystérique (elle en a déjà eu un grand nombre).

Elle ne se rendort pas. Dans la journée, légères nausées, mais pas de vomissements, pas de céphalée.

La nuit elle ne dort pas, mais reste tranquille sans souffrir (pas de morphine).

Le lendemain boit du lait; interrogée, ne se souvient de rien.

Pouls, 76; respiration, 17.

Rien dans les urines.

Obs. VII. — (*Chloroforme*). — L... (Emile), vingt-trois ans. — Hernie inguinale droite. Cure radicale par le procédé de Bassini.

1re injection, à 5 h. 1/2, dort après 25 minutes.

2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 70	Respiration, 15
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 76	Respiration, 13
Opération, à 9 h. 1/2	Pouls, 80	Respiration, 12

Opération par M. Alglave. *Durée* : 58 *minutes.*

Le 28 *Décembre* 1904. — Le malade se réveille à l'incision cutanée. On attend quelque instants et on continue mais comme il bouge on lui donne du chloroforme. Il s'endort dès les premières inhalations sans période d'excitation et on continue avec quelques gouttes de chloroforme (9 centimètres cubes à la compresse). L'incision cutanée a donné lieu à une hémorragie plus forte que normalement.

Réveil à 2 heures 1/2, normal, sans céphalée ni agitation. Pas de nausées, ni de vomissements.

Le soir mange un potage.

Nuit calme, dort peu 3 ou 4 heures en tout, mais ne souffre pas (pas de morphine.).

Le lendemain, interrogé, ne se souvient de rien, ne sent pas sa plaie.

Pouls 70; respiration 16; plus de mydriase.

Rien dans les urines.

Obs. VIII. (*Chloroforme*). — S... (Jean), vingt-huit ans. Péritonite tuberculeuse. Laparotomie.

1re injection, à 5 h. 1/2, dort à 7 heures.

2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 100	Respiration, 18
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 110	Respiration, 15
Opération, à 10 h. 1/4	Pouls, 115	Respiration, 14

Opération par M. Terrier. *Durée* : 20 *minutes.*

Le 16 *janvier* 1905. — Le malade ne dort pas complètement et se réveille dès l'incision. On donne du chloroforme (20 centimètres cubes). La paroi est très contracturée; elle saigne plus que normalement.

Réveil à 1 h 1/2; légère excitation, mais pas de céphalée, pas de nausées ni vomissements.

Le soir boit du lait.

Nuit calme mais sans sommeil. Ne souffre pas du tout de sa plaie (pas de morphine).

Pouls, 100 ; respiration 17. Mydriase persiste.

Rien dans les urines.

Ce malade a été anesthésié avec une solution altérée.

Obs. IX. (*Chloroforme*). — Str... (Jacques), cinquante-sept ans. Hernie épigastrique, cure radicale.

1re injection. à 5 h. 1/2, dort à 7 heures.		
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 100	Respiration, 16
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 106	Respiration, 13
Opération, à 9 h. 1/2	Pouls, 110	Respiration, 12

Opéré par M. Terrier. *Durée* : 25 *minutes*.

Le 16 *janvier* 1905. — Malade vigoureux et gros. Il se réveille dès le début de l'opération. On donne du chloroforme (25 centimètres cubes). La paroi est très contracturée, et saigne plus que normalement.

Réveil à midi 1/4. Légère agitation, pas de céphalée, pas de nausées ni vomissements.

Boit du lait..

La nuit suivante est calme, mais le malade ne dort que trois ou quatre heures en se réveillant plusieurs fois (pas de morphine).

Le lendemain, interrogé, ne se souvient absolument de rien.

Pouls 88. Respiration 17. La mydriase persiste. Mange le régime habituel.

Rien dans les urines.

Ce malade a été anesthésié avec une solution altérée.

Obs. X. (*Chloroforme.*) — K... (Lucie), divorcée de G..., vingt-quatre ans. — Éventration. Bassin vicié. Cure radicale. Résection partielle des trompes.

1re injection, à 6 h. 1/2, dort à 8 heures (mal).		
2e Injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 96	Respiration, 14
3e injection, à 9 h. 1/2	Pouls, 110	Respiration, 10
Opération, à 11 heures	Pouls, 120	Respiration, 8

Opération par M. Gosset. *Durée* : 35 *minutes*.

Le 16 *janvier* 1905. — La malade dort très mal. Elle est très contracturée, dès l'incision on est gêné par une vaso-dilatation superficielle très accentuée. On donne du chloroforme. Mais comme la respiration est très ralentie (8 par minutes), il faut un certain temps pour l'endormir. D'ailleurs, elle n'a pas d'excitation (20 centimètres cubes).

Réveil à 3 heures : normal, sans céphalée ni délire. Pas de nausées ni de vomissements.

Elle boit du lait et se rendort.

Nuit calme (se réveille trois ou quatre fois), sans morphine.

Le lendemain : pouls, 100. Respiration, 14. Forte mydriase. Interrogée, elle ne se souvient de rien.

Le lendemain, elle mange, le régime habituel.
Rien dans les urines.
Cette malade a été endormie avec une solution altérée.

Obs. XI. (Pas de chloroforme.) — L... (Maurice), soixante-six ans. Tumeur blanche du genou gauche. Amputation de cuisse.

1re injection, à 6 heures, s'endort à 6 h. 20.		
2e injection, à 8 heures	Pouls, 92	Respiration, 20
3e injection, à 9 heures	Pouls, 98	Respiration, 18
Opération, à 10 heures	Pouls, 104	Respiration, 15

Opération par M. Bréchot; aide, Desjardins. *Durée* : 1 *h.* 10.

Le 21 *janvier* 1905. — Léger mouvement de défense à l'incision cutanée, puis plus aucun mouvement ni à la section du fémur ni à la section du sciatique, qui a été coupé deux fois.

Réveil à 4 heures, naturel, sans excitation ni délire. Pas de céphalée, pas de nausées. A 6 heures, le malade demande à manger; on lui donne du lait.

La nuit qui suit l'opération, dort sans morphine; se réveille deux fois, ne souffre nullement de sa plaie.

Le lendemain matin, mange un potage.

M. Terrier, à la visite, le trouve lisant son journal.

A midi, repas normal.

Rien dans l'urine.

Le lendemain de l'opération, le pouls était à 80, la respiration à 20. La mydriase avait disparu.

Obs. XII. (Pas de chloroforme.) — B... (Narcisse), trente ans. Ostéite bacillaire de l'olécrane. Grattage, suture, une mèche de gaze.

1re injection, à 5 h. 1/2, s'endort à 6 heures.		
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 92	Respiration, 18
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 108	Respiration, 18
Opération, à 10 h. 1/4	Pouls, 115	Respiration, 17

Opération par M. Bréchot. *Durée* : 20 *minutes.*

Le 23 *janvier* 1905. — Le malade semble éveillé quand on l'apporte dans la salle d'opération. On le laisse reposer cinq minutes : il se rendort.

Aucun mouvement de défense pendant toute l'opération. Toutefois, le malade parle et se plaint de souffrir, mais en restant absolument immobile. Il ne crie pas, mais parle de son mal comme de celui d'une autre personne.

Réveil à 2 h. 1/4, naturel. Pas d'excitation, pas de délire, pas de céphalée, pas de nausées. Boit du lait le soir même.

Nuit suivante très calme, dort sans morphine, ne se plaint pas de souffrir.

Le lendemain, interrogé, ne se souvient absolument de rien, ni même qu'on l'a opéré.

A midi, il mange le repas habituel.
Pouls à 78. Respiration à 19.
Rien dans l'urine. La mydriase persiste deux jours.

Obs. XIII. — C... (Marie), femme C..., vingt-huit ans. Fistule anale. Dilatation, incision de la fistule.

1re injection, à 5 h. 1/2	Pouls, 104	Respiration, 17
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 110	Respiration, 15
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 112	Respiration, 14

Opération, à 10 h. 3/4 (2 heures 1/4 après la 3e injection).

Opération par Desjardins. *Durée* : 5 *minutes.*
Le 22 *janvier* 1905. — Pendant la dilatation, la malade se débat. On lui donne quelques gouttes de chloroforme (moins de 1 centimètre cube) et on peut ainsi finir l'opération.
Réveil à 1 heure, naturel. Pas d'excitation, pas de délire, pas de céphalée, pas de nausées. Bouche un peu sèche. Boit du lait.
Nuit suivante calme; dort sans morphine.
Le lendemain, interrogée, ne se souvient absolument de rien.
Repas : du lait (à cause de sa fistule, on l'a constipée).
Pouls à 68, respiration à 16. Plus de mydriase.
Rien dans l'urine.

Obs. XIV. (Pas de chloroforme.) — A... (Parfait), soixante ans. Hydrocèle vaginale. Cure par résection et éversion de vaginale.

1re injection, à 5 h. 1/2, s'endort à 5 h. 3/4.

2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 75	Respiration, 16
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 78	Respiration, 14
Opération, à 9 h. 3/4	Pouls, 88	Respiration, 14

Opération par M. Dujarier. *Durée* : 15 *minutes.*
Le 24 *janvier* 1905. — Le malade présente quelques mouvements après le transport à la salle d'opération, mais anesthésie très suffisante sans contracture des droits.
Réveil à 3 heures; se rendort jusqu'à 6 heures. Dort toute la nuit sans morphine. Pas d'agitation, ni de délire, ni de céphalée. Pas de nausées. Le lendemain matin, repas ordinaire.
Interrogé, ne se souvient absolument de rien. La mydriase persiste seulement vingt-quatre heures.
Rien dans l'urine.

Obs. XV. (Chloroforme.) — Ch... (Louise), soixante-six ans. Ulcère variqueux. Ligature et résection de la saphène interne (disposition en réseau).

1re injection, à 5 h. 1/2, s'endort à 6 h. 1/4.

2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 80	Respiration, 20
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 86	Respiration, 18
Opération, à 11 heures	Pouls, 94	Respiration, 17

Opération, M. Alglave. *Durée* : 1 *h*. 15.

Le 24 *janvier* 1905. — La malade remue et se plaint à l'incision cutanée. On donne du chloroforme, elle dort instantanément. L'opération se continue normalement.

Quantité de chloroforme : 11 centimètres cubes.

Réveil à 1 h. 1/2, naturel; pas d'excitation ni de délire, pas de céphalée, pas de nausées.

Nuit calme, dort sans morphine.

Le lendemain, interrogée, ne se souvient de rien. Régime habituel.

Pouls, 90; respiration, 18. Plus de mydriase.

Rien dans l'urine.

Obs. XVI. (Chloroforme.) — B..., femme F..., trente-sept ans. Hernie crurale, cure radicale.

1re injection, à 5 h. 1/2, s'endort à 6 heures.		
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 88	Respiration, 19
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 100	Respiration, 18
Opération, à 10 h. 1/4.	Pouls, 106	Respiration, 14

Opération par M. Dujarier. *Durée* : 30 *minutes*.

Le 25 *janvier* 1905. — La malade ne dort pas complètement et, à l'incision, fait quelques mouvements de défense. On fait tout de suite donner du chloroforme et l'opération se termine normalement. La malade s'est endormie dès la première inhalation chloroformique, sans période d'excitation.

Quantité de chloroforme à la compresse : 10 centimètres cubes. Pas de vaso-dilatation.

Réveil normal, à 2 heures de l'après-midi. Pas de délire, pas de céphalée, pas de nausées.

Dort la nuit sans morphine de 11 heures du soir à 6 heures du matin sans se réveiller.

Le lendemain, pouls, 70; respiration, 19. Pas de mydriase. Mange le repas ordinaire. Interrogée, ne se souvient de rien.

Rien dans l'urine.

Obs. XVII. (Pas de chloroforme). — D... (C.), femme I..., vingt-quatre ans. Hémorroïdes. Dilatation; cautérisation au thermo.

1re injection, à 5 h. 1/2, s'endort.		
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 90	Respiration, 22
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 96	Respiration, 18
Opération, à 11 h. 1/2	Pouls, 100	Respiration, 16

Opération par Desjardins. *Durée* : 10 *minutes*.

Le 24 *janvier* 1905. — La malade a quelques mouvements de défense pendant la dilatation, rien pendant la cautérisation.

Réveil à 1 heure, naturel; pas d'excitation, pas de délire, pas de céphalée, pas de nausées. Boit dès son réveil.

Nuit suivante calme, dort sans morphine; se réveille deux ou trois fois.

Le lendemain, interrogée, ne se souvient absolument de rien.

Pouls à 70, respiration à 20. Boit du lait (elle est constipée à cause de ses hémorroïdes). Légère mydriase qui disparaît le lendemain.

Rien dans l'urine.

Obs. XVIII. (*Chloroforme.*) — Th... (Francine), femme T... quarante-huit ans. — Néoplasme du sein droit. Ablation (Halsted).

1re injection, à 5 h. 1/2, s'endort à 6 heures.		
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 98	Respiration, 18
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 106	Respiration, 18
Opération, à 10 heures	Pouls, 110	Respiration, 14

Opération par M. Dujarier. *Durée* : 25 *minutes.*

Le 26 *janvier* 1905. — La malade est endormie mais se réveille quand on la pose sur la table, on la laisse se rendormir. A l'incision cutanée elle bouge et, comme les mouvements rendraient dangereux le curage de l'aisselle, on donne du chloroforme. La malade s'endort dès la première inhalation sans la moindre excitation. L'opération se termine normalement.

La vaso-dilatation a été appréciable à l'incision cutanée. Dans la profondeur elle n'était pas sensible, et d'ailleurs l'hémorragie superficielle s'est rapidement arrêtée.

Quantité de chloroforme : 6 centimètres cubes (à la compresse).

Réveil à 3 h. 1/2, normal, pas de vertiges ni de délire, ni de céphalée; pas de nausées.

La malade avait la bouche sèche et a demandé à boire dès son réveil. Nuit calme, sommeil sans morphine.

Le lendemain : pouls, 68. Respiration, 19, pas de mydriase, mange le repas habituel.

Interrogée, ne se souvient absolument de rien.

Rien dans l'urine.

Obs. XIX. (*Pas de chloroforme.*) — T... (Jean-Baptiste), cinquante-trois ans. — Abcès urineux. Incision, drainage.

1re injection, à 9 h. 1/2, s'endort à 9 h. 40.		
2e injection, à 11 h. 1/2	Pouls, 75	Respiration, 17
Opération, à 11 h. 3/4	Pouls, 80	Respiration, 16

Opération par M. de Sard. *Durée* 15 *minutes.*

Le 28 *janvier* 1905. — Le malade n'accuse aucune douleur, il fait un léger mouvement à l'incision cutanée, il ne bouge plus ensuite et ne dit rien.

Réveil à 6 heures, naturel, pas d'agitation ni de délire, pas de céphalée, pas de nausées.

Nuit calme sans morphine, dort sans se réveiller.

Le lendemain, interrogé, ne se souvient de rien. Régime habituel,

pouls, 70. Respiration, 17. La mydriase persiste quarante-huit heures.

Urines : les urines contenaient du pus.

Obs. XX. (*Pas de chloroforme.*) — D... (Auguste), trente ans. — Hydrocèle vaginale. Résection, libération d'adhérences, éversion.

1re injection, à 6 h. 1/2, s'endort à 7 heures.		
2e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 88	Respiration, 16
3e injection, à 9 h. 1/2	Pouls, 104	Respiration, 16
Opération, à 10 h. 1/2	Pouls, 110	Respiration, 14

Opération par M. Alglave. *Durée* : 17 *minutes*.

Le 31 *janvier* 1905. — Pendant le transport, le malade s'éveille à moitié, il fait quelques mouvements, puis se rendort.

A l'incision cutanée il fait également quelques mouvements des membres inférieurs, mais ne prononce pas une parole. Et l'opération se termine normalement. A deux reprises, on attend environ une minute que le malade se rendorme lorsqu'il a fait un mouvement.

La vaso-dilatation n'est pas appréciable.

Réveil à 4 h. 1/2, calme, demande à boire ; pas de vertiges, pas de céphalée, pas de nausées.

A 6 heures, mange un potage.

Dort la nuit sans morphine, ne souffre pas du tout.

Le lendemain matin, mange son café au lait; interrogé, ne se souvient absolument de rien. Pouls, 80. Respiration, 17, la mydriase persiste.

Rien dans les urines.

Obs. XXI. (*Chloroforme.*) R... (Louis), quarante-trois ans. — Ostéite du coude gauche fistulisée. Tumeur blanche du genou droit. Amputation de cuisse.

1re injection, à 6 h. 1/4, s'endort à 6 h. 40.		
2e injection, à 8 h. 1/4	Pouls, 90	Respiration, 20
3e injection, à 9 h. 1/4	Pouls, 98	Respiration, 19
Opération, à 10 h. 1/2	Pouls, 108	Respiration, 18

Opération par M. Bréchot. *Durée* : 55 *minutes*.

Le 6 *février* 1905. — On commence l'opération, le malade fait quelques mouvements, qui semblent se calmer par quelques minutes d'attente. Mais à la section de l'os on est obligé de donner du chloroforme et l'opération se continue normalement.

Quantité de chloroforme 10 centimètres cubes (à la compresse).

Réveil à 4 heures, calme sans vertiges ni céphalée, pas de nausées, ni vomissements.

A 5 h. 1/2 boit du lait.

Nuit calme sans morphine, le malade ne dort pas, mais il est très assoupi et ne souffre pas.

Le lendemain, interrogé, ne se souvient de rien, ne souffre pas, mange (il est au régime lacté et prend son régime habituel). Pouls, 80. Respiration, 19, plus de mydriase.

Rien dans les urines.

Obs. XXII. (*Chloroforme.*) — L... (Pierre), quarante-quatre ans. — Hernie inguinale droite réductible. Cure radicale par le procédé de Bassini.

1re injection, à 5 h. 1/2, s'endort à 6 heures.		
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 68	Respiration, 19
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 75	Respiration, 17
Opération, à 10 h. 1/4	Pouls, 96	Respiration, 17

Opération par M. Alexandre. *Durée* : 28 *minutes.*

Le 4 *février* 1905. — Le malade, très vigoureux et très gros ne dort pas complètement; et peu de temps après le début on donne du chloroforme. Quantité de chloroforme 12 centimètres cubes.

Il y a une vaso-dilatation superficielle appréciable.

Réveil à 6 heures, calme, pas de vertiges, pas de céphalée, pas de nausées.

A 6 h. 1/2 boit du lait. Se rendort toute la nuit sans morphine.

Le lendemain mange le régime ordinaire. Interrogé, ne se souvient de rien, ne ressent aucune douleur. Pouls, 72. Respiration, 18. Pas de mydriase.

Pendant les trois jours consécutifs n'a pas senti sa plaie, le quatrième jour, quelques élancements (dus à une légère infection ; on rouvre la plaie, on met un drain et les douleurs disparaissent.

Rien dans les urines.

Obs. XXIII. (*Chloroforme.*) — A... (Henri), cinquante-quatre ans. — Hernie inguinale contenant la vessie et le gros intestin. Cure radicale (suture de la vessie).

1re injection, 5 h. 1/2, s'endort à 6 h. 1/4.		
2e injection, à 7 h. 1/2	Pouls, 76	Respiration, 18
3e injection, à 8 h. 1/2	Pouls, 80	Respiration, 15
Opération, à 9 h. 1/2	Pouls, 98	Respiration, 15

Opération par M. Dujarier. *Durée* : 1 h. 10.

Le 4 *février* 1905. — Le malade dort profondément. On commence l'opération et on la continue pendant trente-cinq minutes sans anesthésique. Le malade faisant quelques mouvements, et en présence de la complexité du cas, on donne du chloroforme. Quantité de chloroforme 40 centimètres cubes (à la compresse). Pas de vaso-dilatation appréciable.

Réveil à 5 heures. Pas de vomissements, ni vertiges, ni céphalée, à h. 1/2 boit du lait.

La nuit suivante dort sans morphine.

Le lendemain, mange le régime ordinaire. Interrogé, ne se souvient bsolument de rien, Ne ressent aucune douleur. Pouls, 75. Respiraion, 18. Pas de mydriase.

Rien dans les urines.

Présentations de malades.

Luxation ovalaire ancienne de la hanche gauche. Résection de la tête fémorale et réintégration du col dans la cavité cotyloïde. Résultat fonctionnel au bout de dix ans et demi.

M. WALTHER. — Je vous ai déjà présenté ce malade il y a quelques années. Je vous le montre encore aujourd'hui pour vous permettre de constater les résultats éloignés de l'intervention.

C'est en effet le 13 août 1894, que je l'ai opéré à l'hôpital Tenon, pour une luxation ovalaire de la hanche gauche, luxation datant de quatre mois et qui avait résisté à toutes les tentatives de réduction.

J'ai fait l'opération de Ricard, décapitation du fémur luxé et réintégration du col décapité dans le cotyle.

Peu à peu, le col est sorti de la cavité cotyloïde et le fémur s'est luxé directement en haut et s'est à peu près fixé sur l'aile iliaque au-dessus du cotyle. La radiographie montre très nettement une nouvelle articulation en ce point, une sorte de cavité iliaque à bords surélevés, recevant le col fémoral.

Le raccourcissement est d'environ 9 centimètres, l'oscillation verticale du grand trochanter dans l'appui sur la jambe n'est que de 2 centimètres et demi environ.

Le malade, en somme, marche bien avec un soulier à semelle surélevée ; il marche sans béquilles, ni canne avec une claudication assez accentuée.

L'atrophie musculaire qui avait été, à un moment donné, très marquée s'est notablement améliorée sous l'influence de massages et d'exercices gymnastiques.

La conservation du col du fémur a donc été une bonne chose malgré la luxation nouvelle, le déplacement progressif. Elle a sûrement aidé à la constitution de cette solide néarthrose iliaque.

Pseudarthrose du col du fémur. Nouvel appareil.

M. WALTHER. — Le malade que je vous présente est un homme de quarante-deux ans qui est entré dans mon service à l'hôpital de la Pitié pour une pseudarthrose du col du fémur droit.

La fracture remontait au mois de mai 1904. Il n'y a aucune trace de consolidation. L'amplitude d'oscillation du grand trochanter dans le sens vertical est de 7 centimètres. L'appui sur la jambe est donc absolument impossible.

En même temps que la pression de haut en bas, l'appui sur le pied, provoque l'ascension du grand trochanter s'il se produit un mouvement de bascule du bassin, dû à l'impotence du moyen fessier.

L'existence de quelques signes préataxiques de tabes chez cet homme, qui a eu en 1887 un chancre induré et des accidents secondaires, éloignant toute idée d'intervention chirurgicale, d'enchevillement du col et de la tête du fémur, je demandai à M. Ducroquet de vouloir bien faire un appareil permettant la station et la marche.

Vous voyez en quoi consiste cet appareil et voici la description qu'a bien voulu m'en donner M. Ducroquet :

« Nous pouvons le concevoir comme la réunion de deux appareils répondant à deux indications différentes :

1°) Empêcher l'extrémité supérieure du fémur de s'enfoncer dans la fosse iliaque externe au moment de l'appui unilatéral ;

2°) Suppléer à l'insuffisance du moyen fessier et maintenir le bassin horizontal.

La première de ces indications est remplie par la partie inférieure de l'appareil. Celui-ci est constitué par le modelage de la partie supérieure des condyles fémoraux d'une part, le modelage de l'ischion correspondant d'autre part et la réunion de ces deux points par une tige réglable mais rigide.

On comprend que dans ces conditions le poids du corps est transmis directement des condyles fémoraux à l'ischion et que l'appui sur la jambe malade se transmet sans l'intermédiaire du fémur lui-même ; on évite ainsi le raccourcissement considérable du membre produit par l'ascension du fémur ;

3°) La partie supérieure de l'appareil comprend un modelage très soigné des bords supérieurs de chacune des ailes iliaques. L'appareil coiffe ainsi ces ailes dont il reste étroitement solidaire. Une tige métallique rigide unie d'une part à la partie rigide de l'appareil et d'autre part au cuissart empêche complètement tout mouvement de bascule du bassin.

Ce mouvement de bascule aurait pour pivot l'ischion lui-même ou plutôt la partie de l'appareil qui lui sert de support et consisterait en un mouvement de redressement de l'aile iliaque ; mais celle-ci, emprisonnée dans le modelage de l'appareil ne peut subir aucun déplacement. Tel est l'appareil.

On pourrait croire *a priori* que le modelage nécessité par l'emprisonnement exact de la partie supérieure de l'aile iliaque constituerait une gêne permanente : il n'en est rien, le malade a marché dès le premier jour avec son appareil.

L'appareil, comme vous pouvez le voir, se compose d'une cein-

ture pelvienne reliée à un cuissart par une attelle latérale résistante.

La partie pelvienne en celluloïd comprend un modelage de la partie supérieure des deux ailes iliaques.

Le cuissart est en tout point analogue à celui que M. Ducroquet a déjà présenté à la Société de chirurgie pour un malade désarticulé du genou. Il se compose d'un modelage des condyles fémoraux et de l'ischion et comporte à mi-cuisse une division qui permet de régler la longueur de ce fémur artificiel.

Il faut observer toutefois que les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin ont été condamnés; cette articulation est rendue mobile au moyen d'un verrou seulement lorsque le malade veut s'asseoir. Mais le malade marche comme s'il avait une ankylose de la hanche. Cette condition a été imposée par la constitution même de l'appareil. La solidarité du cuissart avec le point d'appui de l'ischion aurait en effet privé celui-ci de son support au moment de la flexion de la cuisse. »

Vous voyez que le malade marche bien, se tient solidement debout, peut s'asseoir, grâce à la charnière que met en jeu le déclic du petit levier sur lequel le malade n'a qu'à appuyer le doigt.

L'appareil de M. Ducroquet est, comme vous en pouvez juger, fort ingénieux et de plus très léger. Il a l'immense avantage de prendre point d'appui sur les condyles fémoraux et d'éviter par conséquent les inconvénients de l'énorme et lourde armature que nécessiterait l'appui direct sur le sol. Il permet à ce malheureux infirme de pouvoir librement marcher et travailler.

Corps étranger des bronches. — Extraction par les voies naturelles.

M. Guisez présente un malade auquel il a extrait, par les voies naturelles, une pièce de dix francs tombée dans la bronche droite. — Rapporteur : M. Le Dentu.

Duodénoplastie pour rétrécissement inflammatoire du duodénum avec péripylorite et péridodéynite. Guérison. Amélioration très rapide de l'état général.

M. Bazy. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un homme de quarante ans auquel j'ai fait une duodénoplastie, le 28 octobre dernier.

Il est venu me revoir pour me faire constater sa bonne mine jeudi dernier. Je vous le présente aujourd'hui. Si j'insiste sur cette observation, c'est parce que, ainsi que vous le verrez dans la relation de l'opération, il y avait ici des adhérences inflammatoires anciennes et serrées du pylore de la région pylorique et du duodénum, avec les parties avoisinantes, et c'est parce que ces adhérences étaient intimes, serrées, qu'elles auraient pu m'amener à créer des désordres dans les organes voisins, que j'ai repoussé toute idée de faire ici une ablation du pylore et d'une partie du duodénum, qui n'aurait pas eu, du reste, d'autre indication, la lésion ne paraissant nullement cancéreuse.

J'ai donc pratiqué ici la duodénoplastie dans un cas anologue à ceux où, d'après MM. Terrier et Hartmann, il serait plutôt indiqué de faire une ablation de l'organe malade.

MM. Terrier et Hartmann disent que la pyloroplastie est indiquée « dans les lésions cicatricielles ou spasmodiques du pylore *toutes les fois qu'elle est facile*, ce qui a lieu quand le pylore est mobile, lorsqu'il est libre d'adhérences et que ses parois sont suffisamment souples ».

Ici, c'est le contraire qui existait, et cependant vous voyez que le résultat est bon 3 mois après l'opération. Ce résultat paraît devoir se maintenir, parce que l'amélioration n'a fait que des progrès depuis l'intervention.

J'ai eu l'occasion de pratiquer une pyloroplastie dans un cas de sténose inflammatoire du pylore chez une femme de mon service à Tenon. Le résultat immédiat ne fut pas aussi bon ni aussi rapide que chez celui-ci, et cependant il n'y avait pas un épaississement aussi considérable qu'ici et il n'y avait pas les adhérences péripyloriques qui existaient dans ce cas, adhérences que je n'ai pas toutes détruites, bien s'en faut.

Cette observation présente donc un réel intérêt, en raison du siège des lésions; c'est pourquoi je l'ai publiée. Je n'ai pas fait de recherches sur ce sujet; s'il y a lieu, je les publierai.

La voici, du reste, avec la technique suivie pour l'opération.

Le nommé P... (Emile), âgé de quarante ans, marchand de vins, entré le 14 octobre 1904, salle Gosselin, lit n° 17 *bis*, à l'hôpital Baujon, dans mon service.

Antécédents héréditaires nuls. Pas de maladie à signaler dans sa jeunesse.

Depuis l'âge de trente ans, le malade se plaint de maux d'estomac assez fréquents, les digestions sont difficiles, parfois assez douloureuses, et très souvent accompagnées de régurgitations acides.

Ces symptômes se produisaient aussi bien après le repas de midi, qu'après celui du soir. Le malade n'a jamais eu de douleur en broche,

ni de sensation de brûlure très accentuée au creux épigastrique. Pas d'hématémèse, pas de mélæna.

Ces symptômes se sont aggravés depuis six mois. Le malade a maigri beaucoup. Les vomissements ont continué, se produisant parfois deux à trois heures après les repas; d'autres fois, au contraire, le malade ne vomissait que tous les deux ou trois jours, suivant les aliments ingérés.

Il a maigri beaucoup à la suite de cela. Point douloureux très net au niveau du pylore, estomac très dilaté, sur lequel on aperçoit très bien les mouvements péristaltiques.

Au niveau du pylore, on sent un petit nodule induré, difficilement perceptible à cause de la défense musculaire locale.

Les phénomènes de sténose pylorique continuant, et le malade maigrissant de plus en plus, on décide de l'opérer le 28 octobre 1904.

Opération : *Duodénoplastie pour rétrécissement cicatriciel du duodénum.*

Incision de 10 centimètres commençant à 3 centimètres de l'appendice xiphoïde et allant jusqu'à l'ombilic.

L'abdomen ouvert, on voit tout de suite la portion pylorique de l'estomac. On l'attire à soi et on voit qu'elle est recouverte de néomembranes anciennes, épaisses.

On les incise, et en poursuivant la dissection, on arrive jusque sur le duodénum. C'est à grand'peine qu'on peut se frayer une voie pour mettre une pince destinée à empêcher l'issue du contenu stomacal.

Dans cette dissection, on arrive jusque sur la face gauche du duodénum et jusqu'au pancréas.

A ce moment, on voit très nettement un rétrécissement siégeant sur le duodénum, presque au niveau de l'abouchement du cholédoque, de sorte que l'idée qu'on avait de faire une excision du tissu morbide doit être abandonnée, et on trouve préférable de faire une duodénoplastie.

Entre temps, on a trouvé des ganglions siégeant entre le bord supérieur du pancréas et l'estomac. Ces ganglions, dont l'un a le volume d'un petit haricot et dont les autres ont celui d'un grain de chènevis, ne sont pas durs.

Néanmoins, ils sont enlevés pour être examinés. Cette circonstance, jointe à ce fait qu'on trouve un rétrécissement très net avec dépression des tuniques duodénales, fait que l'on pense devoir se contenter d'une duodénoplastie. Pour cela, on fait une incision le long de l'axe du duodénum sur une longueur de 5 centimètres environ. On constate l'existence d'un rétrécissement de la dimension d'un crayon.

La muqueuse paraît saine à ce niveau. Néanmoins, on en excise un fragment pour l'examiner.

Cela fait, on met des points de suture en surjet avec des fils de lin, et par-dessus on fait un surjet péritonéal au catgut, de façon à avoir, par rapport à l'axe du duodénum, une ligne de suture transversale.

Après avoir fait l'hémostase soit du côté du ligament gastro-hépatique, soit du côté du pancréas et de l'épiploon gastro-colique, on ferme par trois plans.

Chlorure d'éthyle. Chloroforme.

Examen histologique par mon chef de laboratoire, Dr Laubry.

1° Paroi du tube digestif.

Epithélium ayant conservé ses caractères normaux, continu, sans trace d'ulcération. Les involutions glandulaires tubulaires sont normales, et la présence d'une glande en tube ramifié, à type brunnérien, permet de considérer qu'il s'agit d'une portion de la muqueuse duodénale.

Derme épaissi. Présente une infiltration inter et périglandulaire très nette. Les nodules lymphatiques qu'on trouve normalement dans cette partie de la muqueuse digestive sont plus denses et plus infiltrés. Il est possible, par places, de reconnaître que l'infiltration suit le trajet des vaisseaux.

Elle se prolonge avec ceux-ci, dilatés notablement, dans le *tissu sous-dermique*, sous forme de traînées et de petits amas.

Cette infiltration est exclusivement formée de cellules embryonnaires.

2° Ganglion.

Aspect absolument normal du ganglion.

Les suites opératoires ont été remarquablement bénignes. Un point particulier à noter, c'est la sensation particulière qu'a éprouvée le malade dès qu'il a pu prendre du lait. Il n'avait plus cette sensation de plénitude de l'estomac qu'il avait avant l'opération, dès qu'il avait avalé quelque chose. Il nous disait qu'il sentait passer les aliments, ce qui n'était pas sans lui procurer une agréable satisfaction.

Il a augmenté de poids de 20 kilogrammes; il pèse actuellement 76 kilogrammes; il pesait donc 56 kilogrammes et il mesure $1^{m}72$; et comme vous le voyez, il a une mine tout à fait florissante.

Plaie de la face convexe du foie. — Suture après résection de la partie inférieure de la cage thoracique.

M. Auvray présente un malade auquel il a fait la résection de la partie inférieure de la paroi thoracique droite, pour une plaie de la face convexe du foie. — Rapporteur : M. Demoulin.

Le Secrétaire annuel,
Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. MAUCLAIRE qui pose sa candidature à la place déclarée vacante à la Société de chirurgie.

3°. — Une lettre de M. DELORME qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance d'aujourd'hui.

4°. — Une lettre du Comité exécutif chargé d'organiser la réception des médecins anglais qui invite les membres de la Société à assister à la séance du vendredi 3 mars.

A propos de la correspondance.

M. WALTHER dépose sur le bureau une photogravure du professeur Tillaux adressée à notre Société par MM. Amodru et Houzeau.

M. le PRÉSIDENT, au nom de toute la Société, adresse ses vifs remerciements à MM. Amodru et Houzeau.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la chloroformisation.

M. PAUL REYNIER. — Messieurs, mon ami, M. le Dr Ricard, l'autre jour, a défendu son appareil; passant en revue les autres appareils à doser le chloroforme, il en a fait la critique, et cette critique s'est adressée également à celui que je vous ai présenté, l'appareil de MM. Dupont-Chabaud-Thurneyssen.

Or, si dans cette critique générale de tous les appareils, sauf le sien, je suis d'accord avec lui sur certains points, je ne saurais, par contre, accepter en entier les éloges qu'il décerne à son appareil, et les reproches qu'il fait au mien, et qui ne paraissent guère justifiés.

En effet, que reproche-t-il à cet appareil Dupont-Chabaud-Thurneyssen?

1° L'absence de soupape;

2° Le mouvement de va-et-vient de l'inspiration et de l'expiration;

3° Le thermomètre.

Reprocher à un appareil de ne pas avoir besoin de soupapes, c'est vraiment dire à la mariée qu'elle est trop belle. Comment, on supprime une cause d'accidents, par le fait toujours possible du mauvais fonctionnement de la soupape, et M. Ricard proteste! Pour lui faire plaisir, faudrait-il risquer cet accident?

La soupape, dit-il, lui sert dans son appareil à contrôler la respiration du malade; son soulèvement plus ou moins rapide, plus ou moins facile, lui fait suivre par la vue cette respiration.

Je conviens qu'en effet il est utile d'être guidé par la vue. Mais pour cela, on n'a pas besoin de soupape; un simple index très léger en papier de cigarette, comme nous l'adaptons à l'orifice du tube par lequel entre l'air inspiré et ressort l'air expiré, nous donne les mêmes renseignements que la soupape. On le voit se mouvoir avec plus ou moins de régularité, on le voit se soulever avec plus ou moins de force; et sans soupape, avec cet index nous contrôlons aussi bien que M. Ricard la force et la vitesse de respiration de notre malade.

Plus sérieux est le reproche fait de va-et-vient de l'air expiré et inspiré. En effet, dans l'appareil que je vous ai présenté, que j'ai présenté à l'Académie, l'air expiré restait dans le tube; l'inspiration commençait en reprenant les 200 centimètres cubes d'air (que nous avons mesurés), contenus dans le tuyau de caoutchouc. Ceci, en effet, était mauvais, et nous n'avons pas attendu qu'on nous en fasse l'objection, pour y remédier. M. Dupont, il y a un mois, faisait subir à l'appareil la modification suivante.

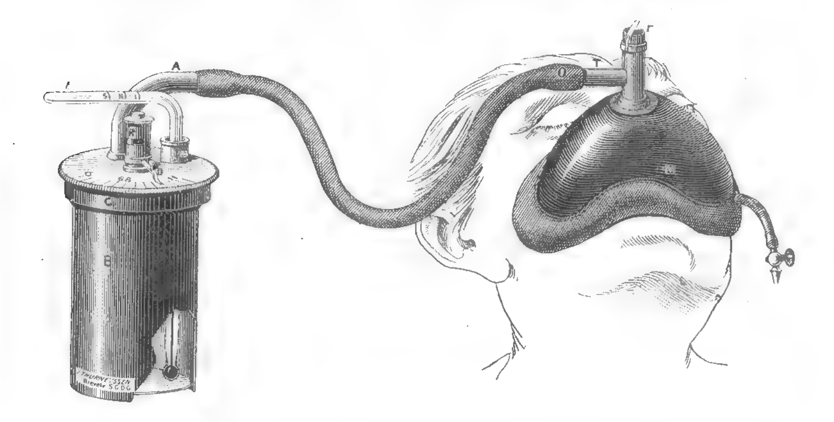
C'est grâce à l'adjonction de la trompe à air que, quelle que soit l'amplitude de la respiration, le mélange, titré par l'ouverture plus ou moins grande de l'orifice d'entrée de l'air dans l'appareil, ne varie pas. Or, cette trompe remplira le même rôle, si, au lieu de la disposer au-dessus du récipient qui contient le chloroforme, on la dispose sur le masque de manière que le tube transversal par lequel l'air extérieur est aspiré soit placé verticalement, tandis que le tube vertical, devenant horizontal, reçoit le tube de

caoutchouc qui le met en communication avec un tube vertical, pénétrant dans l'appareil, à côté de celui qui laisse passage à l'entrée de l'air.

Les choses étant ainsi disposées, lorsque le malade inspire, son inspiration amène un courant de vapeurs qui se mélange avec l'air inspiré ; lorsqu'il expire, tout l'air de l'expiration est expulsé par le tube vertical sans pénétrer dans le tube d'inspiration ; le malade ne peut plus ainsi respirer une parcelle de l'air expiré, comme il le faisait dans la disposition primitive.

L'objection de M. Ricard n'a donc plus sa raison d'être.

J'arrive, enfin, à l'utilité du thermomètre que conteste notre



collègue. J'ai le regret ici d'être d'un avis diamétralement opposé au sien. Sans thermomètre, il n'y a pas possibilité d'avoir des mélanges titrés. Ces appareils n'existent pas, si on n'a pas un moyen de contrôler la température qui doit servir de guide. C'est ce qu'ont compris Paul Bert, Dubois, Vernon et Harcourt, les seuls qui donnent avec nous des appareils pour mélanges titrés, tous les autres ne donnant que des mélanges approximatifs n'offrant pas de garantie.

En effet, dans tout appareil basé sur l'évaporation du chloroforme, le titre du mélange aspiré varie, je le répète, proportionnellement à la tension maxima des vapeurs de chloroforme, et celle-ci dépend uniquement de la température.

A 10	degrés,	elle est	de 100	millimètres de mercure.	
A 15	—	—	de 127	—	—
A 20	—	—	de 160	—	—
A 25	—	—	de 200	—	(le double de ce qu'elle est à 150 degrés).
A 30	—	—	de 348	—	(le double de ce qu'elle est à 150 degrés).

De sorte que si l'appareil est gradué de façon à donner à 15 degrés 10 p. 100, il donne :

A 10 degrés.	8 p. 100
A 15 —	10 —
A 20 —	13 —
A 25 —	16 —
A 30 —	20 —

Or, au cours d'une anesthésie chloroformique la température du chloroforme qui, au début est à la température de la salle, à 23 degrés et même à 25 degrés, s'abaisse rapidement si le malade respire fort, à 10 p. 100 et même au-dessous. Pour une même graduation de l'appareil, le titre peut donc varier du simple au double. Or, si d'autre part on songe qu'un titre de 8 p. 100 est à peine suffisant pour amener l'anesthésie, tandis que celui de 16 p. 100 peut amener la mort, n'est il pas prudent de se tenir au courant, pendant toute l'anesthésie, de la température du chloroforme, soit pour le faire monter, ou soit pour diminuer ou augmenter le titre en suivant les variations thermiques ?

M. Ricard, tout en reconnaissant que ces variations de la température sont incontestables, considère qu'elles sont négligeables, comparées à celles qui résultent des variations dans la vitesse et l'amplitude de la respiration.

Or, tandis que nous, depuis deux ans, travaillons à établir avec MM. Dupont-Chabaud-Thurneyssen un appareil, qui quelle que soit la vitesse ou l'amplitude de la respiration donne toujours un mélange titré dont on soit sûr, M. Ricard ne tient plus compte avec son appareil de ces variations du rythme. Il est construit pour donner un mélange titré lorsque la respiration est à 16 par minute et que l'air inspiré est de 500 centimètres cubes. Or, comme nous l'avons dit, c'est ce qu'on ne voit jamais, le malade anesthésié. L'appareil de M. Ricard donne donc des mélanges titrés dont on ne peut connaître le titre. Autant dire qu'il n'en donne pas et il le reconnaît si bien qu'il dit qu'il faut que, suivant que l'anesthésie se fait plus ou moins vite et est plus ou moins profonde, on doit avec son appareil, en fermant plus ou moins les orifices d'entrée d'air dans les récipients, donner plus ou moins de chloroforme. C'est ce qu'on fait avec la compresse ; et je ne vois pas alors l'avantage d'avoir un appareil, si ce n'est que l'augmentation de la dose chloroformique se fait moins par à-coup et plus progressivement, léger avantage, qui ne vous mettra pas à l'abri des accidents, aussi sûrement que lorsque vous connaissez exactement à quelque temps de l'anesthésie qu'on soit, quelle que soit la température ou la respiration du malade, le titre du mélange.

C'est cette sécurité que notre appareil donne, comme le donnait l'appareil de Dubois, plus volumineux, moins portatif, ou l'appareil de Vernon et Harcourt, que M. Ricard considère comme moins facile à manier, et qui a le défaut de ne pas être gradué pour donner un mélange titré assez élevé, 10 à 12 p. 100, nécessaire pour obtenir l'anesthésie.

Par contre, je suis d'accord avec M. Ricard quand il dit que l'adjonction de l'oxygène au chloroforme sert à peu de chose, et que ce n'est pas à cette adjonction qu'on doit les bons résultats qu'on a eus avec l'appareil de Roth. Comme M. Ricard, je crois que c'est plus à la régularité de l'anesthésie, aux doses minimes qu'on peut employer de chloroforme qu'on doit ces résultats.

Mais l'appareil de Roth est surtout un appareil dosimétrique, plus qu'un appareil pour mélanges titrés; car avec lui nous ne connaissons que très imparfaitement le titre des mélanges employés.

Or, en chloroformisation il faut, je le répète, que le chloroformisateur sache toujours exactement ce qu'il donne, pour qu'il puisse aller à coup sûr. On doit surtout ne pas pouvoir dépasser une dose maximum, celle de 11 ou de 12 p. 100 (notations de Paul Bert).

Or, avec l'appareil de Roth comme avec celui de M. Ricard, vous pourrez la dépasser, si vous ne prenez pas certaines précautions.

Un simple calcul peut vous le démontrer.

Que nous dit en effet le prospectus de l'appareil de Roth que j'ai entre les mains, prospectus signé Guglielminetti?

« Le courant d'oxygène est réglé généralement à 3 litres par minute, et aspire une quantité réglable de gouttes de chloroforme.

Pour commencer la narcose, on doit laisser tomber 30, 45 jusqu'à 50 gouttes par minute. Pour les alcooliques on peut aller jusqu'à 65, et même 75 gouttes par minute ».

Or, le poids de la goutte de chloroforme étant de 0,0178 :

Celui de 30 gouttes sera de	0,534
— de 40 — —	0,712
— de 50 — —	0,890
— de 65 — —	1,157
— de 75 — —	1,335

Donc, avec trois litres; vous aurez, par litre :

Pour 30 gouttes.	0,178
— 40 —	0,237
— 50 —	0,290
— 65 —	0,385
— 75 —	0,445

Lorsque nous disons qu'on ne doit pas dépasser 0,08 à 0,11 centigrammes par litre.

Je sais bien que ces 3 litres se trouveront mélangés avec 4 litres d'air, mettons même 5, ce qui arrive rarement, l'amplitude de la respiration diminuant le plus souvent chez l'anesthésié; vous aurez alors pour 75 gouttes 0,166, dose trop forte; pour 65 gouttes 0,144, dose encore trop forte qui peut, si le malade respire faiblement être pour 5 litres de 0,182.

Pour 50 gouttes, la dose pour 8 litres sera de 0,111, dose normale, mais qui ne peut être continuée longtemps, et qui, si le malade respire faiblement, peut, pour 6 litres, être de 0,148.

Vous voyez donc que si vous dépassez 50 gouttes, vous donnez des doses plus élevées qu'il est nécessaire, et par conséquent dangereuses, et il faut que la respiration soit assez forte pour aspirer l'air extérieur; autrement, si elle diminue, le courant d'oxygène continuant, la pression de celui-ci augmente, et, emplissant le masque, s'oppose à l'entrée de l'air extérieur; vous risquez, dans ces conditions, de voir le malade respirer, sans addition d'air, le mélange seul d'oxygène et de chloroforme, mélange qui, d'après les chiffres donnés plus haut, est dangereux à aspirer seul.

Il me reste maintenant à répondre à M. Lucas-Championnière, qui attaque la méthode des mélanges titrés et notre appareil.

A celui-ci, il préfère celui de M. Ricard, parce qu'il permettrait de diminuer mieux la dose de chloroforme. Je prie M. Lucas-Championnière de regarder mon appareil plus attentivement, et il verra que, commençant à zéro, nous pouvons aller jusqu'à 11 p. 100, et revenir dans le sens opposé graduellement, rien qu'en manœuvrant l'aiguille qui se meut sur un cadran indiquant, quelle que soit la respiration du malade, la température restant entre 15 et 16 degrés, le mélange dont on veut se servir.

Reste la critique de la méthode de Paul Bert des mélanges titrés, à laquelle notre collègue ne croit pas; ses doutes viennent de ce que, d'après lui, on a tort de rapporter à l'homme ce qu'on a vu sur le chien. Pour lui le chien réagit mal au chloroforme, et l'homme résisterait mieux à cet anesthésique. Je sais bien qu'il s'appuie ici sur une vieille réputation qu'on a faite au chien, de mal tolérer le chloroforme, mais cette réputation est-elle justifiée? Je ne le crois pas. Voici bien longtemps que j'endors des chiens pour des expériences physiologiques, et depuis quelques années il ne se passe guère de semaine où j'en anesthésie un ou deux. Or, j'en ai endormi avec la compresse, à l'hôpital, j'en ai endormi dans les laboratoires, et ma conviction absolue est aujourd'hui que, si l'anesthésie du chien donne lieu si souvent à des accidents, c'est qu'on ne prend pas avec lui les précautions qu'on prend avec

l'homme, et que si on anesthésiait celui-ci avec le masque sans air, jamais lavé, dans lequel on verse plus ou moins copieusement le chloroforme, conservé sans beaucoup de soin, quelquefois vieux, comme surtout on en trouvait autrefois dans les laboratoires, contenu dans des bouteilles plus ou moins fermées, il est probable que les accidents se produiraient presque aussi fréquemment; et ce qui me fait dire surtout cela, c'est que lorsque j'endormais avec une compresse, prudemment, le chien à l'hôpital, l'anesthésie ne ressemblait nullement à celle du chien endormi au laboratoire. Mais admettons que le chien soit plus sensible que l'homme, plus sujet à la syncope laryngoréflexe, que l'atropomorphinisation, d'après la méthode de Dastre peut empêcher, cette sensibilité sera pour nous un garant que les doses que cet animal pourra supporter ne seront pas toxiques pour l'homme, plus résistant, et qu'en ne les dépassant pas nous aurons toute sécurité.

Mais, nous dit M. Lucas-Championnière, s'appuyant sur un travail très remarquable du professeur Jaquet (de Bâle), il n'existe pas de dose, à proprement parler, maniable pour le chloroforme; il y a des différences individuelles tellement considérables, que « certains animaux, dit M. Jaquet, seraient tués par des doses qui, chez d'autres, suffiraient à peine à produire l'anesthésie ».

Or, si ces faits étaient affirmés par des expériences indiscutables, il est évident que la méthode des mélanges titrés n'offrirait plus la sécurité que, me fiant aux expériences de Paul Bert, j'ai toujours proclamée.

Aussi ai-je écrit au professeur Jaquet, lui demandant des détails. Très aimablement, il m'a répondu, ne me citant aucune expérience, mais me renvoyant aux articles de Klonka, de Witte, de Dreser, de Honigmann, de Rosenfeld, de Spenzer, qui lui avaient servi pour la rédaction de sa revue. Or, j'ai lu ces travaux, et j'avoue que ma conviction n'a pas changé. Je n'ai rien trouvé comme expérience contredisant celles de Paul Bert; par contre, j'ai trouvé un malentendu qui peut expliquer l'opinion émise par M. Jaquet.

En effet, que dit Witte? il considère qu'il y aurait, d'après Paul Bert, une dose anesthésique, une dose maniable et une dose mortelle.

La dose anesthésique serait la dose nécessaire pour obtenir l'anesthésie, c'est-à-dire de 0 à 10,11; la dose mortelle serait celle qui tue un animal en une demi-heure, et qui a été fixée par Paul Bert à 20 p. 100.

La dose maniable serait celle comprise entre la dose anesthésique et la dose mortelle de 10 à 20.

Il y a là évidemment une mauvaise interprétation de la dose

maniable, qui doit être seulement celle comprise entre 0 et 11, la dose nécessaire pour obtenir l'anesthésie.

Or, si on reste dans ces limites, et en ayant le soin de ne pas prolonger indéfiniment l'anesthésie, car la dose de 10 p. 100 comme celle de 8 p. 100 finit au bout de deux à trois heures par tuer, si on reste dans ces limites je n'ai pas trouvé dans les travaux suscités aucune expérience permettant de dire que cette dose de 0 à 11 n'est pas maniable avec sécurité.

Toutes les expériences que j'ai lues sont faites sur des lapins, animaux sur lesquels Paul Bert n'avait pas expérimenté, et qui s'éloignent encore plus de l'homme que le chien.

Elles consistent surtout dans les analyses de l'air contenu sous les masques sous lesquels les animaux respirent. Toutefois, ces analyses montrent des différences individuelles incontestables des animaux, à l'action de l'anesthésique. Mais ces différences, nous les connaissons sur l'homme, et nous devons en tenir compte, sans que pour cela la méthode des mélanges titrés en soit atteinte. Nous anesthésions quelquefois avec 8 p. 100, le plus souvent avec 10 p. 100, 11 p. 100. Nous pouvons maintenir l'anesthésie avec 5 p. 100, 6 p, 100, quelquefois 3 p. 100.

La raison de ces différences que nous étudions est très complexe; tel individu affaibli aura besoin de moins de chloroforme qu'un alcoolique, qu'un homme dont le cerveau est excité,

Mais c'est pour cela que nous fixons une dose maximum, sans dire qu'il faut toujours la donner et quelquefois ne pas la dépasser un peu, de 1 p. 100, en surveillant son malade. C'est là où le rôle du chloroformisateur entre en jeu; je ne supprime pas, comme le dit M. Lucas-Championnière, le rôle de celui-ci, mais je diminue sa responsabilité, et je lui mets entre les mains un moyen d'anesthésie autrement pratique que celui de la compresse, et dont il se sert avec beaucoup moins d'appréhension. Je vous affirme qu'à l'heure actuelle je n'ai plus besoin, dans mon service, de demander à mes élèves de se servir de cet appareil. Ils savent aller le chercher et y avoir recours avec joie, les chloroformisations se passant pour eux beaucoup plus tranquillement qu'autrefois.

Et j'avoue que vu les avantages que donne l'emploi de cette méthode titrée, avantages pour le malade, pour le médecin qui endort et pour l'opérateur, je ne suis pas très touché de la remarque que faisaient M. Lucas-Championnière et M. Routier; d'après eux, il est à craindre que la vulgarisation de ces appareils n'empêche les élèves de se servir de la compresse, et plus tard ils pourront dans leur pratique être embarrassés. Premièrement, il serait à souhaiter que les praticiens, qui à cause de la rareté des anesthésies, du

manque d'habitude, ne se servent qu'en tremblant de'la compresse, n'y aient plus recours, et qu'on mette à la portée de leur bourse tous ces appareils.

Deuxièmement, l'usage de ceux-ci dans les hôpitaux montrera plus encore que toutes nos leçons, la nécessité de ne donner sur la compresse que goutte à goutte le chloroforme, et en laisant toujours arriver beaucoup d'air. Les élèves à les manier connaîtront les travaux de Paul Bert, que presque tous jusque là ignoraient complètement.

Je ne crois donc pas qu'il y ait là une considération qui puisse nous arrêter, surtout si on pense qu'avant l'intérêt du médecin doit passer l'intérêt du malade.

M. Lucas-Championnière. — Il y aurait bien des choses à dire sur les calculs de M. Reynier. Mais on concevra aisément, avant toute autre considération, qu'ils sont absolument inexacts. Ce ne sont pas *trois* litres qui passent et dans lesquels se vaporisent les gouttes de chloroforme. Ce sont *huit* litres de gaz. Il peut s'en assurer aisément par la lecture du prospectus qu'il a entre les mains. Ces huit litres sont *cinq* litres d'air atmosphérique et *trois* litres d'oxygène qui doivent arriver au patient dans le cours d'une minute, répondant au total de huit litres de gaz qui, à un *demi*-litre par inspiration, répondent aux seize inspirations larges que l'homme fait en une minute.

Pour ces *huit* litres de gaz qu'il réduit inexactement à *trois*, M. Reynier calcule 80 gouttes de chloroforme.

Son calcul, déjà inexact, est encore faussé par cette supposition toute gratuite, car on ne donne pas semblable dose.

L'appareil est construit justement de façon à permettre l'administration de doses minimes et les doses d'entretien de l'anesthésie oscillent ordinairement entre 10 et 20 gouttes à la minute, ce qui détruit toutes les hypothèses de M. Reynier sur les accidents qu'il attend de l'appareil.

M. Reynier m'accuse d'avoir attaqué son appareil. Non seulement je ne l'ai pas attaqué, mais je l'ai signalé comme fort ingénieux et intéressant; et, pour la critique que j'ai faite, j'ai dit : que je ne connaissais malheureusement pas assez les appareils de Ricard et de Reynier pour les juger. J'ai dit seulement qu'il me semblait qu'il était avec l'appareil de Ricard plus facile de passer de doses de chloroforme à l'air pur. J'ai pu me tromper. Mais je n'attache guère d'importance à une erreur que j'ai avoué d'avance pouvoir exister, si erreur il y a.

Quant au fait de la sensibilité du chien, il me semble qu'elle est admise par tout le monde, excepté par M. Reynier. Heureu-

sement celle de l'homme est infiniment moindre. J'accepte volontiers que les physiologistes anesthésient très mal leurs sujets en expérience. Mais même quand ils le font très bien, ils en perdent beaucoup. Je tiens à répéter que, non seulement, le chien est plus sensible que l'homme, *mais il est autrement sensible.*

En détail, j'ai rappelé cette grosse différence des jeunes sujets. Chez l'homme, l'enfant supporte le chloroforme certainement mieux que l'adulte. Chez le chien, le jeune est si sensible au chloroforme, il meurt avec une telle facilité, avec une telle fréquence, qu'on évite la chloroformisation d'une façon à peu près absolue pour les opérations que l'on pratique chez les très jeunes sujets.

Enfin, je n'ai pas pris à mon compte la négation de la zone maniable chez les animaux. J'ai dit que, même pour les animaux, elle avait été niée avec des apparences d'exactitude. J'ai cité mes auteurs. J'ai rappelé le très intéressant article de M. Jacquet de Bâle.

J'ai dit qu'il m'encourageait encore à persister dans mon opinion que cette zone maniable n'existe pas du tout chez l'homme qui peut être tué par des doses tellement faibles qu'elles n'ont pas été prévues dans les tables de Paul Bert. Jusqu'à preuve du contraire tirée d'une longue expérience, de la mise en jeu des idiosyncrasies si curieuses pour l'anesthésie, je garderai mon opinion que je considère comme la sauvegarde du chloroformiste. Je dis que l'appareil de Roth me paraît tenir compte de ce fait, parce qu'il réduit la dose de chloroforme à quelque chose d'infime, si l'on veut, et passe sans transition du chloroforme à l'air pur et surtout à l'air chargé d'un oxygène sauveur.

M. Kirmisson. — Toutes les considérations théoriques sont absolument hors de mise dans cette discussion; il n'y a qu'une chose à faire, expérimenter.

M. Quénu. — Tous les physiologistes savent que le chien supporte mal le chloroforme; aussi M. Régnard avait-il appliqué dans son laboratoire la méthode de Paul Bert à l'anesthésie des chiens pour obvier à cette grande mortalité.

M. Bazy. — Cela est tellement vrai qu'actuellement les physiologistes et moi-même à leur exemple n'endormons plus les chiens au chloroforme, mais avec une solution de morphine et de chloral qu'on injecte dans le péritoine.

M. Pierre Delbet. — Un mot seulement pour confirmer ce que viennent de dire les précédents orateurs. Les chiens sont extraor-

dinairement sensibles au chloroforme. J'en ai endormi un très grand nombre dans le laboratoire de M. Dastre où je faisais mes expériences. Quand on les endort comme on endort les hommes, la mortalité est effroyable. Je me suis servi quelquefois de l'appareil de Paul Bert. Le plus habituellement, j'employais l'artifice qu'a conseillé et décrit M. Dastre qui consiste à injecter aux animaux avant de les endormir de l'atropomorphine. Grâce à ces deux méthodes, on peut endormir les chiens, mais, je le répète, quand on leur administre le chlorolorme comme on le fait pour les humains, on en perd un très grand nombre.

M. Paul Reynier. — Je répondrai à M. Kirmisson et à M. Lucas-Championnière que les chiffres que j'ai donnés pour l'appareil de Roth sont pris dans une communication parue dans le *Progrès médical*, et signée par Guglielminetti, un de ceux qui doit connaître le mieux le fonctionnement de cet appareil. C'est lui qui dit qu'il est réglé à 3 litres par minute d'oxygène, mais on dit aussi qu'on peut en donner moins, et dans ce cas la tension du chloroforme augmente. Ceux qui commenceront à se servir de cet appareil n'en ayant pas une aussi grande pratique que M. Kirmisson, suivront évidemment tout d'abord ces indications, et mes chiffres sont là pour les maintenir dans les titres bas.

Quant à la susceptibilité des chiens pour le chloroforme, je demanderai à tous ceux qui la proclament si, faisant leur examen de conscience, ils peuvent affirmer que dans ces anesthésies, préoccupés surtout de leurs recherches, ils ont donné toujours le chloroforme avec toutes les précautions désirables ! Qui a été dans un laboratoire sait trop bien qu'on est loin de les prendre. Ne soyez donc pas si étonnés des accidents qui se produisent, que les chiens soient vieux ou jeunes.

Fractures de jambe à grand chevauchement.
Appareil en deux temps.

M. Félizet. — M. Nélaton nous a présenté, il y a quinze jours, un appareil imaginé par M. Ombredanne, pour traiter les *fractures obliques de la jambe à grand chevauchement.*

Le programme très chargé de la dernière séance ne m'a pas permis de prendre la parole. Je vous demande aujourd'hui la permission de vous parler d'un procédé qui vous permettra, avec la gouttière plâtrée ordinaire, de bien soigner cette sorte de fracture difficile entre toutes.

Dans une fracture diaphysaire, quelle qu'elle soit, la première indication est de traiter la contusion.

La contusion est primitive ou secondaire :

Primitive, elle est le fait direct du traumatisme, dont la solution de continuité de l'os est le dernier terme.

Secondaire, elle dépend des spasmes et des complications de voisinage, vasculaires, nerveuses, etc.

L'immobilisation est, cliniquement, le premier temps de l'action du chirurgien. Et cette immobilisation est irréprochable, si la coaptation des fragments, assurée par un appareil convenable, domine les contractions brusques des muscles.

La preuve du bien obtenu est faite par la cessation de la douleur, que le vieil appareil de Scultet, oublié aujourd'hui, procurait autrefois à nos blessés.

Or, avec les fractures obliques du tibia, à grand chevauchement, cette coaptation contentive est malaisée à obtenir.

Les fragments chevauchent et *saccadent* au grand détriment des parties environnantes.

Ajoutons que chez un blessé, meurtri et exaspéré par la douleur, la correction du chevauchement est impossible, quelle que soit la force de l'extension déployée, et même avec l'administration du chloroforme.

Voici un procédé très simple. Je l'applique depuis plusieurs années, il vous donnera satisfaction.

Mes élèves le connaissent sous le nom *de procédé de l'appareil en deux temps.*

Dans le **premier temps**, avec ou sans le secours du chloroforme, je place le membre dans la gouttière plâtrée avec étriers, que Maisonneuve et Hennequin ont rendue classique.

On se soucie à peine du chevauchement, on songe seulement à obtenir l'axe normal de la jambe et à protéger la peau, que la pointe du fragment supérieur soulève, distend et menace de percer ; d'emblée l'immobilité est assurée, la douleur que les spasmes provoquaient ne tarde pas à disparaître.

Ce repos est continué durant un nombre de jours qui varie avec l'âge du blessé : quatre ou cinq jours pour les enfants, chez lesquels la réparation ostéogénique est active ; huit ou dix jours et même davantage pour les adultes.

Dans tous les cas, c'est la cessation complète de la douleur à la pression qui nous apprend que l'on peut songer à la coaptation, correction du chevauchement.

C'est le **deuxième temps**. Voici en quoi il consiste.

La gouttière plâtrée est sciée obliquement à la hauteur de la fracture : l'appareil est ainsi divisé en deux segments, faisant

corps, on peut le dire, avec le segment supérieur et le segment inférieur de la jambe, sur lesquels ils sont moulés et adhérents.

Le haut de la jambe est solidement fixé, soit par un aide, soit simplement par le poids du corps, si on a élevé de 20 centimètres les pieds de lit, pour le rendre oblique. C'est le plus simple et le plus sûr des moyens de contre-extention.

L'extension est presque aussi facile.

Je l'obtenais d'abord par l'emploi de poids de 3, 4 ou 5 kilogrammes, selon la résistance des muscles.

Mais, aux poids je n'ai pas tardé à préférer la force continue, puissante, exempte d'à-coups, irrésistible du caoutchouc.

Nous devons à notre maître M. Théophile Anger la découverte et l'analyse des effets de la *traction élastique.*

Ce que M. Théophile Anger a fait pour la remise en place des surfaces articulaires luxées du coude et de l'épaule, je l'obtiens pour la réduction des fragments qui chevauchent. Nous assistons à cette réduction; elle se passe sous nos yeux, nos doigts la sentent la suivent et l'aident. Voici ce qui se passe :

La fracture est découverte et nous tâtons le chevauchement, pour en bien déterminer le degré.

La traction élastique commence, opérée par le moyen d'un lien de caoutchouc, de 15 à 20 millimètres de diamètre. Ce lien engagé au-dessus du niveau du talon croise sur le cou-de-pied et descend dans l'axe à 20 centimètres de la plante du pied. Ce lien porte sur la gouttière plâtrée et, par conséquent il ne comprime et ne meurtrit pas les parties molles, si fortement qu'on le bande.

On en gagne rien d'abord, mais voici qu'après un espace de temps qui varie entre quatre et dix minutes, les muscles de la jambe se fatiguent. Nous voyons alors la réduction qui commence à se faire, la saillie de la pointe du fragment supérieur s'atténue peu à peu, la peau tendue est pâle, reprend sa consistance et sa teinte naturelle.

Bientôt le doigt peut, sans peine, refouler en arrière le fragment supérieur, immobile jusqu'alors; bientôt ce fragment est tout à fait mobile, on peut le déplacer dans tous les sens. Il ne recouvre plus le fragment inférieur, dont on peut dès lors sentir la surface de rupture. Il m'est arrivé de découvrir alors un fragment moyen inaperçu, fragment assez libre pour qu'on puisse le réduire et le placer, pour ainsi dire, à l'alignement. On peut mobiliser les deux segments de la gouttière plâtrée, en rectifier l'axe si cela est nécessaire, et corriger ce que les premiers temps avaient laissé de défectueux.

A ce moment les fragments, non seulement ne chevauchent plus, mais ils sont réellement écartés l'un de l'autre.

Vous avez la preuve et vous pouvez avoir la mesure de cet écartement, en regardant la distance qui sépare les bords des deux segments de la gouttière plâtrée.

Mais il faut que cet écartement soit très grand, 4 ou 5 centimètres, car il faut tenir compte de l'élasticité de la peau, malgré son adhérence au plâtre.

Ce travail de correction du chevauchement ne demande généralement pas plus de 15 ou 20 minutes de patience et d'attention.

Ce qui reste à faire n'est plus qu'un jeu. Les doigts s'étant assurés que le chevauchement est corrigé, il suffit de maintenir l'écartement des deux segments de la gouttière et de coucher, comme on dit, sur la position conquise; une pièce de six ou huit doubles de tarlatane plâtrée est appliqué sur l'écartement et le comble.

On n'arrête la traction élastique que lorsque le plâtre est complètement pris. On ne supprime la tension que progressivement et vous pouvez alors sentir nettement la remise en place des fragments qui, écartés à l'excès reprennent leur contact dans une position et avec une application des surfaces qui permettra à un cal de bon aloi de se produire.

Tel est, dans sa simplicité, l'*appareil en deux temps* des fractures obliques de la jambe à grand déplacement.

M. Pierre Delbet. — L'artifice qui consiste à diviser en deux dans le sens vertical une gouttière plâtrée pour tenter de parfaire la réduction d'une fracture, je l'ai employé plusieurs fois, sans savoir que M. Félizet en usait systématiquement. Je n'en ai pas été d'ailleurs très satisfait.

A la vérité, je ne me bornais pas, comme M. Félizet, à placer la gouttière sur le membre déformé simplement pour l'immobiliser. En faisant l'appareil plâtré, je m'efforcais d'obtenir une réduction aussi complète que possible. Puis je faisais faire une radiographie et je constatais que la fracture n'était pas réduite, car on ne réduit jamais parfaitement une fracture de jambe avec un simple appareil plâtré. La radiographie me montrait non seulement l'imperfection de la réduction, mais en quoi elle péchait, et quelle position il fallait donner au fragment inférieur pour la corriger.

Alors, je sectionnais la gouttière plâtrée au niveau de la fracture non pas obliquement comme l'indiquait M. Félizet, mais perpendiculairement à l'axe du membre; puis j'exerçais des tractions soit avec des poids, soit avec des ressorts. Avec l'aide d'un de mes internes d'alors, Chastenet de Gery, j'avais même construit un appareil à ressort qui me paraissait devoir donner des résultats admirables. De fait, au niveau de la section, on obtenait un écartement des deux moitiés de la gouttière plâtrée qui atteignait

jusqu'à 2 et 3 centimètres. Vous pensez combien j'étais aise de constater cet écartement que je considérais comme le gage formel d'une réduction de plus en plus parfaite. Pour le maintenir, j'introduisais des coins de bois entre les deux moitiés de la gouttière, puis je réunissais les deux moitiés par une bande plâtrée.

Le résultat paraissait très satisfaisant. Pour le vérifier, je faisais de nouveau radiographier le membre, et je constatais que la position des fragments avait à peine changé. Je n'avais rien gagné, ou presque rien.

Ce résultat paradoxal ne pouvait s'expliquer que d'une façon. Il fallait qu'il se fût produit de petits glissements de l'appareil plâtré sur le membre. C'est en effet ce qui se passait. En repérant par des traits colorés perpendiculaires à l'axe du membre qui se prolongeaient sur la peau découverte et sur le plâtre, j'ai pu constater que les deux moitiés de la gouttière se déplacaient légèrement sur le membre.

Pour avoir des points d'appui solides, il faut emprisonner le pied dans un brodequin et envelopper complètement dans le plâtre l'extrémité supérieure du tibia. Mais alors on s'expose à produire des escares surtout au niveau du cou-de-pied.

Je crois cependant qu'aujourd'hui, avec les coussins liquides d'Heitz-Boyer, on pourrait essayer de nouveau cette manière de faire.

Rapports.

Extraction d'un corps étranger de l'œsophage chez un enfant de quatorze mois, au moyen du crochet de M. Kirmisson, par M. d'Œlsnitz (de Nice).

Rapport par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, à propos de notre récente discussion sur l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, un de mes anciens internes, M. d'Œlsnitz (de Nice), m'envoie la très intéressante observation qui suit :

L'enfant X..., âgé de quatorze mois, avale le 10 novembre 1904, une pièce de cinquante centimes. Aucun trouble consécutif. Dans la ville où il habite, on fait l'examen radioscopique ; on constate que la pièce est enclavée dans l'œsophage ; le chirurgien de l'hôpital fait plusieurs essais infructueux d'extraction.

Le 16 novembre, l'enfant est renvoyé à Nice, un nouvel examen

radioscopique montre que la pièce est située au niveau de la fourchette sternale placée dans un plan exactement frontal.

Un laryngologiste fait des essais infructueux d'extraction. Il envoie l'enfant au Dr Prat, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, qui, ayant l'habitude du panier de Græfe, fait un essai prudent avec cet instrument. Le panier de Græfe butte contre la pièce de monnaie, et ses dimensions antéro-postérieures l'empêchent de s'engager derrière elle. On essaie de modifier l'instrument, en l'aplatissant; même insuccès. Le Dr Prat adresse alors l'enfant à M. d'Œlsnitz.

Le 21 novembre, donc onze jours après l'ingestion de la pièce de monnaie; M. d'Œlsnitz introduit mon crochet. Il passe facilement derrière la pièce, quand il est suffisamment engagé, il retire l'instrument. Il a nettement la sensation du moment où il accroche la pièce de monnaie. « Je fais, dit-il, de très petits mouvements de traction, puis, je sens que la pièce se mobilise; craignant qu'il n'existe des lésions de la paroi œsophagienne, en raison des dimensions du conduit à cet âge, en raison aussi de la durée du séjour de la pièce de monnaie, je fais l'extraction lentement. »

Bref, celle-ci réussit rapidement et du premier coup. Revu plus d'un mois après, l'enfant ne présentait aucun trouble, et le cathétérisme de l'œsophage ne révélait rien d'anormal.

Messieurs, je vous propose d'adresser nos remerciements à M. d'Œlsnitz pour son intéressante observation, qui démontre la supériorité de mon crochet œsophagien sur le panier de Græfe chez les très jeunes enfants, et les avantages de son emploi, même dans les cas où le corps étranger a fait dans l'œsophage un séjour prolongé.

Je me faisais presque un scrupule de revenir encore sur cette question dont je vous ai entretenus déjà à plusieurs reprises. Toutefois, la lecture d'un article récent publié dans la *Semaine médicale* du 15 février dernier par MM. Bérard et Leriche (de Lyon) est venue me prouver que la chose n'est pas inutile. Ces Messieurs, en effet, me prêtent une opinion qui n'est pas la mienne, et d'après laquelle l'emploi du crochet pour l'extraction des pièces de monnaie serait tout à fait incompréhensible. D'après eux, j'aurais dit qu'il existait entre la paroi œsophagienne et la face antérieure de la pièce de monnaie une rigole antérieure permettant le passage des aliments. C'est tout le contraire que j'ai dit; c'est en arrière, entre la face postérieure de la pièce de monnaie et la paroi œsophagienne, qu'il existe une rigole souvent assez large pour permettre la déglutition facile des aliments, au point qu'on pourrait douter de la présence de la pièce, si l'on n'avait pour se guider la radiographie. C'est précisément cette disposition qui permet au

crochet de s'introduire en arrière de la pièce, et de l'accrocher au retour, par sa concavité dirigée en avant. MM. Bérard et Leriche concluent en disant que « la méthode d'extraction la plus sûre, la moins dangereuse, pour les cas habituels, est l'œsophagotomie externe ». Je m'élève de toutes mes forces contre cette conclusion que je crois pour ma part extrêmement dangereuse. La méthode de choix pour les pièces de monnaie est au contraire l'extraction par le crochet œsophagien, comme le prouvent les faits nombreux que j'ai cités, ceux de M. Michaux, auxquels vient s'ajouter l'intéressante observation de M. d'Œlsnitz qui montre que la méthode est applicable, même dans les cas où la pièce de monnaie a fait dans l'œsophage un séjour prolongé.

M. SCHWARTZ. — Je tiens à vous rapporter, à propos du rapport de notre collègue Kirmisson, que j'ai pu enlever il y quelques mois très facilement un sou d'un œsophage d'un enfant de deux ans et demi avec le crochet de Kirmisson. Le sou était dans l'œsophage depuis six jours.

Présentations de malades.

1° *Prolapsus du rectum. — Résection. — Guérison constatée après huit ans et demi.*

M. WALTHER. — J'ai opéré le malade que je vous présente le 28 août 1896 à la Charité, dans le service de mon regretté maître, le professeur Tillaux, que j'avais l'honneur de remplacer pendant la période des vacances.

Le prolapsus remontait à deux ans, il était complet. J'ai fait la résection suivant la méthode de Mikulicz et par le procédé que j'avais vu employer par mon maître M. Segond, quelques années auparavant.

Depuis, le malade est resté absolument guéri. Il est venu me retrouver cette année à la Pitié pour un orteil en marteau, et j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à vous montrer ce résultat éloigné de l'opération. Vous pourrez constater qu'il n'y a aucune trace de récidive, que le rectum ne tend pas à se hernier sous l'influence de l'effort et que, par le toucher rectal, il est impossible de retrouver aucune trace de la cicatrice opératoire.

2° *Méningo-myélite consécutive à une rachicocaïnisation.*

M. Walther. — Le malade que je vous présente est entré, le 4 décembre dernier, dans mon service à l'hôpital de la Pitié, pour une synovite fongueuse du cou-de-pied gauche. Il était depuis huit mois en traitement dans le service de mon collègue et ami M. Darier, pour une paraplégie datant de onze mois et consécutive à une injection lombaire de cocaïne.

Voici l'observation complète recueillie par mon interne, M. Morisetti.

M... (Auguste), âgé de vingt et un ans, entre salle Broca, lit n° 16, le 4 décembre 1904, pour une *synovite fongueuse* du cou-de-pied gauche. Ce malade venait de médecine où il était en traitement pour une *paraplégie* (méningo-myélite consécutive à une rachicocaïnisation).

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-cinq ans était hémipligique, mère vivante, bien portante, quatre frères qui sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Né à terme.

N'a présenté pendant son enfance, aucune maladie infectieuse, aucune affection nerveuse.

A *huit ans*, fracture de la cuisse droite qui se consolide bien.

Pas de syphilis.

En février 1903. — Il a une ostéite bacillaire du gros orteil droit, du gros et petit orteil gauche. Ces lésions osseuses remontent à un an; à ce moment elles sont très avancées, donnent du pus et présentent des fistules multiples.

25 *février* 1903. — Rachicocaïnisation. Ablation du gros orteil droit; au bout de 15 jours, guérison de la plaie.

Aucun trouble dans les membres inférieurs à la suite de cette première rachicocaïnisation.

27 *mai* 1903. — On pratique un Lisfranc sur le pied gauche. On commence l'anesthésie d'abord par rachicocaïnisation, mais la sensibilité du malade persiste, on est obligé d'administrer le chloroforme.

Le 1er et le 2e jour qui suivent l'opération, il ne se passe rien d'anormal.

Le 3e *jour*, en se réveillant, il éprouve une sensation de froid, un engourdissement dans les deux membres inférieurs.

La motilité est amoindrie, elle diminue progressivement dans les jours qui suivent, si bien que vers le 10e jour, elle finit par disparaître totalement.

La sensibilité suit une évolution parallèle.

Vers la 3e *semaine*, seulement, apparaît l'incontinence des urines et des matières.

L'évolution de ces différents symptômes est différente.

La paralysie des réservoirs disparaît aubout de 4 à 5 mois, et vers la fin d'octobre les fonctions urinaire et rectale reviennent à la normale.

Les mouvements dans les membres inférieurs par contre ne reviennent un peu qu'en janvier 1904. *Le malade n'a d'ailleurs pas encore recommencé à marcher.*

Le 8 avril 1904, il entre à la Pitié dans le service de M. le Dr Darier, et le 9 décembre 1904, il passe dans le service de M. le Dr Walther, pour une synovite fongueuse de la face interne du cou-de-pied gauche, laquelle est grattée, curettée et touchée au chlorure de zinc.

Examen local. — Pied droit, cicatrice de 4 centimètres sur la face interne du premier métatarsien, résultant de l'ablation du gros orteil. *Pied gauche.* — Cicatrice de Lisfranc. Sur la face interne du pied, ulcération de synovite fongueuse.

Examen des membres inférieurs. — Le malade n'a *pas encore marché* depuis le début de sa paralysie, n'a *pas quitté* le lit.

Il existe *un peu de contracture* dans les membres inférieurs.

Il peut soulever les 2 jambes au-dessus du plan du lit.

Les mouvements dans les différents segments articulaires sont possibles. Il existe la résistance à la flexion et à l'extension.

Le sens des attitudes est conservé.

La sensibilité est nettement perçue dans ses 3-modalités, tactile, thermique et douloureuse.

Le réflexe patellaire est exagéré à droite et à gauche.

Le réflexe achilléen est exagéré des deux côtés.

Le réflexe crémastérien est diminué. Il est à noter que pendant la période de paraplégie absolue, de mai 1903 à février 1904, le sens génital était éteint.

Le réflexe abdominal est aboli.

Le réflexe cutané plantaire détermine à *droite* l'*abduction* des orteils, (*signe de l'éventail*), (le gros orteil est ici absent).

La trépidation épileptoïde est nettement marquée des deux côtés.

Rien du côté des membres supérieurs.

Examen électrique. — Examen faradique pratiqué par M. Delherm suivant le procédé de Duchenne. en plaçant les deux pôles sur le muscle.

Côté gauche :

Tous les muscles de la cuisse. — — de la jambe. — les nerfs	Réagissent au courant faradique, mais il existe un certain degré d'hypoexcitabilité due à l'absence de fonctionnement des muscles.

Côté droit :

Tous les muscles de la cuisse. — — de la jambe. — — du pied . . .	Réagissent au courant faradique, mais il y a un peu d'hypoexcitabilité qui semble due à la même cause.

Courant galvanique. — Tous les muscles se contractent entre 4 et 6 milliampères environ. Leur secousse est brusque. Il n'y a donc ni

inversion de la formule, ni secousse lente, par conséquent pas de réaction de dégénérescence.

Conclusion. — Hypoexcitabilité faradique en rapport avec l'atrophie. Absence de réaction anormale au courant faradique.

L'histoire de ce malade est donc bien nette. Il s'agit là d'une méningo-myélite consécutive à une injection intra-rachidienne de cocaïne. Mon ami, M. Babinski, qui a bien voulu examiner le malade, a confirmé ce diagnostic de méningo-myélite.

Déjà en 1901, dans la séance du 29 mai, je vous avais apporté l'observation d'une jeune femme qui était entrée dans mon service pour des accidents de méningisme provoqués par une injection de cocaïne lombaire pratiquée trois jours auparavant. Chez cette malade, les accidents disparurent assez rapidement. Ici au contraire il y a eu une vraie méningo-myélite, qui dure depuis deux ans.

Cure radicale d'un anus cæcal.

M. SAVARIAUD présente un malade auquel il a pratiqué une *anastomose intestinale pour la cure radicale d'un anus cæcal.*

— Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. DEMOULIM est nommé rapporteur.

Opéré de colotomie pour étranglement iliaque et péritonite.

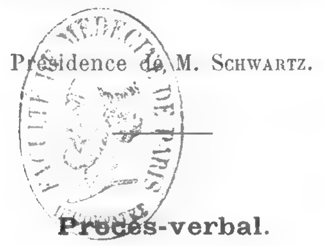
M. MOTY. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est celui sur lequel j'ai pratiqué il y a deux mois une colotomie longitudinale pour étranglement interne avec péritonite. Les suites de l'intervention ont été très simples : suppuration profonde nulle et réunion solide de la paroi abdominale. Les fonctions digestives se sont parfaitement rétablies, et le malade a gagné 13 kilogrammes du 30 décembre au 5 février, comme si la fièvre typhoïde et les complications qui l'ont suivi avaient augmenté les forces défensives et réparatrices de son organisme.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 1er MARS 1905



Présidence de M. Schwartz.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Une lettre de M. Delorme, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

2°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Picqué. — Absent à la dernière séance, j'ai lu dans le Bulletin le beau succès obtenu par notre collègue Walther dans la cure d'un prolapsus du rectum.

Pour apprécier néanmoins la valeur d'un résultat de cette nature, je demanderai à notre collègue quel était l'état du sphincter et la longueur du prolapsus.

Ces renseignements, qui ne sont pas consignés dans son observation, me paraissent indispensables pour juger de l'efficacité des procédés employés.

Communication.

Contribution à la chirurgie du canal hépatique de l'hépatico-gastrostomie.

par M. QUÉNU.

Depuis le travail de M. Baudouin (1), la chirurgie du canal hépatique s'est enrichie peu à peu d'un certain nombre d'observations. D'une manière générale, les opérations sur l'hépatique ont été pratiquées pour des oblitérations du cholédoque dans lesquelles la cause de l'obstruction ne pouvait être directement levée, et dans lesquelles aussi le rétablissement de la circulation biliaire du hile du foie jusqu'à l'intestin, ne pouvait être obtenu par l'utilisation de la voie accessoire ou voie cholécystique, en raison ou de l'atrophie de la vésicule biliaire, ou de l'oblitération du canal cystique, ou encore du siège élevé de l'obstacle au-dessus de l'embouchure dans le canal commun.

Il nous paraît exagéré de ranger au nombre des opérations sur l'hépatique comme l'ont fait Baudouin et plus tard Delagénière (2), celles dans lesquelles on incise le cholédoque ou le cystique pour extraire un calcul qu'on a amené par pression de l'hépatique dans un de ces conduits (lithectomie de M. Baudouin).

Nous n'élevons pas davantage la lithotripsie de l'hépatique au rang d'une véritable opération, car, ainsi que le fait remarquer lui-même Delagénière, l'hépatico-lithotripsie n'est en réalité qu'une manœuvre de nécessité au cours d'une opération de cholédocotomie.

La chirurgie du canal hépatique se réduit donc à 3 opérations :

1° L'hépaticotomie ou taille de l'hépatique ;

2° L'hépaticostomie ou abouchement de l'hépatique à la peau ;

3° L'hépatico-entérostomie ou abouchement de l'hépatique dans une partie de l'intestin.

On se doute bien que la possibilité de réaliser ces deux dernières opérations est liée à l'existence d'une dilatation notable de l'hépatique. Cette dilatation avait été notée par des médecins au cours d'autopsies sur les sujets morts à la suite d'oblitérations prolongées des voies biliaires.

(1) M. Baudouin. Les opérations nouvelles sur les voies biliaires (*Institut international de bibliographie*, 1897, p. 79).

(2) Delagénière. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, t. VIII, mars-avril 1904, p. 325.

L'observation de Bezançon publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1893 est bien connue. Chauffard (1) cite encore le cas de Raynaud et Sabourin dans lequel le canal hépatique formait avec ses deux premières divisions une vaste cavité contenant près d'un litre de liquide.

Langenbuch (2) rapporte également plusieurs cas de dilatation colossale, sacciforme de l'hépatique et du cystique d'après Oxeley, Wickham, Legg, Frerichs, Douglas, etc.

En fait, les chirurgiens qui sont intervenus sur l'hépatique, ont rencontré de ces dilatations, de ces poches véritables qu'ils ont abordées soit à travers le foie (hépaticostomie transhépatique, Thornton) soit à la face inférieure du foie (hépaticostomie sous-hépatique, Nicolaysen).

On s'imagine aisément qu'au lieu d'ouvrir simplement les poches et de les aboucher à la peau, on ait conçu l'idée de rétablir le cours normal de la bile en les abouchant avec l'intestin, il a suffi pour cela de s'inspirer des opérations d'abouchement de la vésicule biliaire avec le duodénum voire même du cholédoque distendu avec l'intestin grêle (Mayo Robson, Sprengel, Riedel, Swaine (3) Summers) (4).

Toutefois, les circonstances dans lesquelles on est forcé de faire porter son action sur l'hépatique et dans lesquelles aussi on rencontre la possibilité de cette action sont infiniment rares et on peut dire exceptionnelles. Aussi l'hépatico-entérostomie est-elle restée jusqu'à ces dernières années une opération théorique dont la possibilité et les indications étaient envisagées, mais dont la réalisation n'avait pas reçu de la pratique une sanction définitive.

En 1899 Pantaloni (5) concluait d'après les constatations faites sur l'autopsie de Bezançon, que l'hépatico-entérostomie est parfaitement possible, mais, ajoutait-il, elle n'a pas encore été exécutée sur le vivant.

En 1903, Mayo Robson (6) relisant sa statistique de 547 opérations sur les voies biliaires constatait qu'il n'avait pas eu une seule fois l'occasion de pratiquer une anastomose entre l'hépatique et l'intestin.

Kehr (7) est le seul que nous sachions, qui ait fait l'anastomose

(1) Chauffard. *Traité de médecine,* Charcot et Bouchard, p. 727.
(2) Langenbuch. *Deutsche chirurgie, chir. der Leber,* t. II, p. 248.
(3) Cités par Mayo Rabson.
(4) Summers. *J. am. med. assoc.* Chicago, 1900.
(5) Pantaloni. *Chirurgie des voies biliaires.* 1899.
(6) Mayo Robson. *Boston med. et surg. journ.*, 1903. 1 p. 545.
(7) *Münchener med.wochens* 103, nº 3 analy. dans *centralb.*, 1903, p. 503, nº 18.

de l'hépatique avec l'intestin : son observation a trait à un cancer limité du cholédoque et de l'hépatique chez un homme de cinquante trois ans, qui présentait un ictère intense avec augmentation du volume du foie et distension de la vésicule biliaire : aucune colique hépatique dans les antécédents, au-dessous de la zone cancéreuse, le cholédoque était notablement rétréci; au-dessus, l'hépatique était très dilaté. Après résection de la tumeur, la suture des deux tronçons étant impossible, Kehr se décida pour une implantation du tronçon de l'hépatique dans le duodénum avec suture par-dessus du péritoine; le cholédoque fut lié et enfoui. La vésicule dilatée et remplie d'un liquide clair comme de l'eau et dont le canal cystique contenait un calcul gros comme une noisette fut réséquée en même temps que le cholédoque et l'hépatique. Tamponnement. Il n'y eut aucune complication péritonitique. Des vomissements biliaires consécutifs causés par la légère coudure du duodénum fortement tiré vers le haut cédèrent à des lavages de l'estomac et au décubitus latéral droit et la guérison survint.

La malade chez laquelle je suis intervenu était une lithiasique, mais ses accidents de rétention biliaire résultaient non de l'obstruction du cholédoque ou de l'hépatique par un calcul, mais de l'existence d'un rétrécissement inflammatoire occupant l'origine du cholédoque et amené vraisemblablement par la lithiase. On sait avec quelle fréquence on observe l'atrophie de la vésicule biliaire et du cystique à la suite des inflammations calculeuses, on s'explique donc facilement qu'une cholédocite prolongée ait amené le même résultat de sclérose atrophique.

Comme on le verra en parcourant l'observation, les accidents de rétention biliaire dataient de deux ans, et avaient succédé à un passé lithiasique de neuf ans; on s'explique que cette longue rétention de bile ait provoqué peu à peu du côté de l'hépatique, aussi bien à l'intérieur du parenchyme qu'au dehors, une dilatation énorme des voies biliaires. Il est rationnel d'admettre que la rétention n'a pas été absolue pendant cette longue période, mais que de temps en temps il a pu filtrer un peu de liquide biliaire à travers le segment rétréci. Voici du reste l'observation détaillée.

Mme H... R..., âgée de quarante-trois ans, gantière, entre le 21 décembre 1903, salle Bichat, pour un ictère qui date de deux ans.

Antérieurement au début de cet ictère, il y a neuf ans, elle avait souffert de coliques hépatiques : chaque période de crise durait de douze à quinze jours et se terminait par un ictère de peu de durée et de peu d'intensité. Les crises se répétèrent pendant deux ans pour cesser à l'occasion d'une nouvelle grossesse et réapparaître après l'accouche-

ment. Deux nouvelles grossesses interrompent encore les crises de coliques qui s'accompagnent toujours d'un léger ictère.

Il y a deux ans, sans avoir été procédé d'une crise douloureuse, apparut un ictère qui, depuis, n'a jamais disparu. De temps en temps, la malade a souffert à nouveau de crises hépatiques, mais surtout son état général s'est modifié; la malade a maigri, perdu ses forces, au point, dans les derniers temps d'être obligée de garder le lit.

Actuellement, 21 décembre 1903, on observe une coloration ictérique très accentuée des téguments, tirant un peu sur le brun. Lésions de grattage sur tout le corps. Le foie ne déborde pas les fausses côtes et ne paraît pas augmenté de volume. Pas de point cystique bien net. Rien aux autres organes. Les selles décolorées ne le sont pas pourtant complètement.

Un litre 400 d'urine par vingt-quatre heures : traces de pigments biliaires; pas d'albumine ; urée 18 grammes en vingt-quatre heures. La température oscille entre 36°8 et 37 degrès ; pouls à 80.

Nous portons le diagnostic de lithiase biliaire avec obstruction probable du cholédoque par un calcul.

Laparatomie le 28 décembre, sur un double plan incliné. Notre collègue M. Cunéo assistait à l'opération. Incision verticale sur le bord externe du droit mais se coudant en haut pour suivre le rebord costal.

Au niveau de la fossette cystique on découvre une vésicule biliaire, vide, petite, atrophiée, à peine grosse comme une petite prune.

L'hiatus de Winslow est libre et permet l'exploration bimanuel du cholédoque. Nulle part on ne trouve traces de calcul biliaire.

Au niveau de la tête du pancréas il existe une plaque indurée irrégulière.

Incision de la vésicule biliaire ; il s'en écoule quelques grammes d'un liquide sérosanguinolent; le cathétérisme du cystique semble indiquer son imperméabilité. Plaçant un écarteur sur le foie, et attirant l'estomac et le duodenum en bas, je découvre dans le fond de la plaie, vers le hile du foie, une tumeur arrondie, rappelant un peu comme aspect le fond d'une grosse vésicule biliaire distendue; consistance élastique, fluctuation évidente ; par la ponction, à l'aide de l'appareil Potain, je retire 350 grammes d'une bile brunâtre, foncée, épaisse. Je porte alors le diagnostic d'oblitération du cholédoque par rétraction cicatricielle au niveau de la traversée pancréatique : là où nous sentons comme une plaque dure n'ayant aucune apparence de néoplasme, avec dilatation des voies biliaires au-dessus de l'obstacle. Dans l'impossibilité d'utiliser la vésicule pour le rétablissement de la circulation biliaire, je songeai à anastomoser la poche sous-hépatique avec le duodénum ; je reconnus qu'il m'était plus facile d'en pratiquer l'abouchement avec l'estomac.

Surjet séro-séreux postérieur, bouche stomacale et biliaire ; suture totale des lèvres de la bouche; surjet séro-séreux antérieur, drain entouré de gaze au contact de l'anastomose ; à l'aide de l'épiploon on installe une sorte d'entonnoir à base dirigée vers la peau à sommet correspondant à la bouche gastro-biliaire ; le fond de la vésicule ouverte est fixé à la paroi.

A la contre-visite du soir, le pansement est souillé de bile, la malade à vomi plusieurs fois; chaque vomissement renferme de grandes quantités de bile, ce qui nous démontre le bon fonctionnement de la bouche hépato-gastrique mais dès le réveil chloroformique la respiration se montre gênée, de nombreux râles sont entendus dans la trachée et les grosses bronches.

Temp., 37 degrés; pouls à 84.

Le lendemain matin, quatre vomissements bilieux, le pansement renferme de la bile.

Le ventre est souple, mais les deux poumons sont le siège d'une congestion des plus intenses; nombreux râles disséminés.

Temp., 38°4; pouls à 106; 700 grammes d'urine.

Le 30, l'état pulmonaire s'aggrave, la dyspnée va jusqu'à l'asphyxie.

Temp., 39°2; pouls, 130; 600 grammes d'urine.

Le soir, la température dépasse 40 degrés et la malade succombe aux progrès de la complication pulmonaire.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Par suite de la basse température, la conservation du corps est parfaite.

Aucune trace de péritonite, les sutures ont parfaitement tenu.

Les deux poumons sont en totalité le siège d'une congestion des plus intenses; rien de particulier à noter dans les autres viscères.

Après avoir ouvert l'estomac, nous constatons que l'anastomose hépatico-gastrique est perméable; les sutures sont déjà renforcées par de petites adhérences péritonéales.

Après avoir enlevé en bloc le foie et l'estomac, on observe les dispositions suivantes : au niveau du hile du foie, il existe une vaste poche renfermant une bile verdâtre; c'est sur la portion déclive de cette poche qu'a porté l'anastomose. La poche est constituée par le canal hépatique extraordinairement dilaté.

Ce canal hépatique a ainsi la forme d'un entonnoir dont la base bifurquée répond au hile du foie et dont le sommet répond exactement à l'origine du cholédoque accusée par l'embouchure rétrécie du cystique; au niveau de ce confluent du cystique et de l'hépatique, le cholédoque est excessivement rétréci et ne laisse passer aucun liquide biliaire, puis au-dessous du rétrécissement il offre une dilatation fusiforme à surface blanchâtre; au-dessous de cette dilatation, nouveau rétrécissement auquel aboutit le canal de Wirsung dilaté; au-dessous de cette embouchure, ampoule de Vater à cavité allongée mesurant bien 1 cent. cube et demi, de teinte rosée.

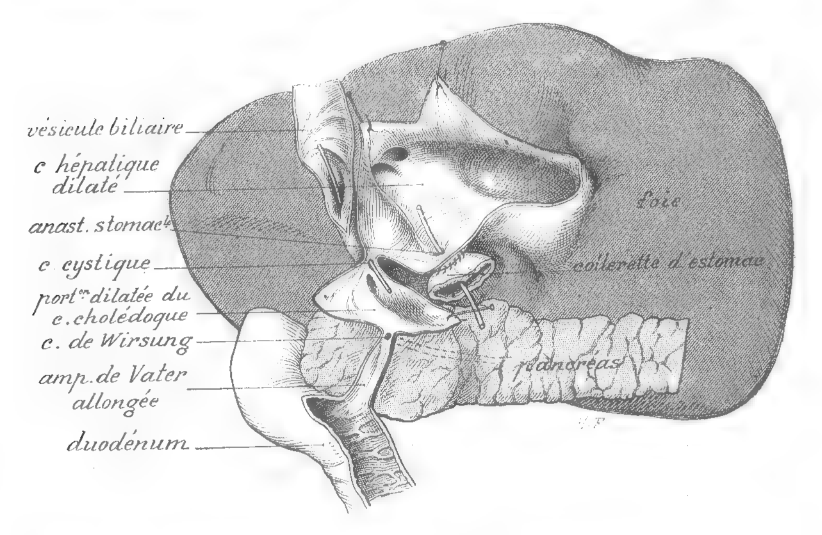
Ainsi dilatation des conduits hépatiques et de l'hépatique, rétrécissement de l'origine du cholédoque, dilatation et raccourcissement du cholédoque; nouveau rétrécissement, dilatation et allongement de l'ampoule de Vater; en d'autres termes, le cholédoque très raccourci, réduit à une longueur de 2 centimètres et demi, forme une poche en fuseau dont les deux orifices sont rétrécis : le supérieur répond au sommet de l'infundibulum hépatique, l'inférieur au débouché dans l'ampoule de Vater; l'infundibulum hépatique renferme une grande quantité de

boue biliaire épaisse au milieu de laquelle on trouve de tout petits calculs friables.

La dilatation des conduits hépatiques se prolonge dans l'intérieur du foie. Le pancréas offre autour du cholédoque une zone sclérosée qui donne la sensation d'une plaque. Les ganglions autour du cholédoque sont augmentés de volume.

Examen histologique. Paroi de la vésicule. — Épithélium et muqueuse complètement détruits. La sous-muqueuse semble limiter la surface interne. Elle est formée d'un tissu jeune, rempli de vaisseaux de nouvelle formation, très dilatés. Vers la surface, îlots de cellules jeunes et capillaires dilatés. Hémorragies limitées dans quelques régions.

Musculeuse fortement adhérente au tissu hépatique. Coupe de canalicules hépatiques dans les parois de la vésicule à épithélium normal.



Parois des artères normales. Cependant, on aperçoit une grosse artériole thrombosée et remplie de tissu fibreux.

Foie et canal hépatique. — Tissu hépatique malade. Dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques (disparition des noyaux.) Tissu hépatique séparé en lobules irréguliers par des travées fibreuses. Sclérose intense des canalicules hépatiques. Hyperplasie de ceux-ci dans le voisinage du canal hépatique. Celui-ci est dépourvu de tout épithélium à la surface et revêtu d'une couche de cellules inflammatoires généralement peu épaisse. Capillaires hypérémiés, quelquefois entourés d'une zone inflammatoire. Artérioles fréquemment atteintes d'une endartérite très développée, oblitérant presque la lumière dans certains cas.

Ganglions. — Structure des ganglions très altérée par l'abondance de vaisseaux néoformés, la présence du tissu fibrillaire et la répartition angulaire des follicules lymphatiques (lésions d'inflammation chronique). Abondance de cellules à granulations.

Tissu hépatique au milieu du foie. — Mêmes lésions au milieu du foie

qu'autour du canal hépatique. Les scléroses vasculaire et biliaire sont moins avancées et remplacées par du tissu inflammatoire.

Pancréas. — Le canal pancréatique présente sur la coupe un diamètre de 4 à 5 millimètres environ; sa paroi atteint une épaisseur de 1/3 à 1/2 millimètre. Cette paroi comprend deux régions distinctes : une région externe, plus épaisse, de 250 à 350 μ, formée de tissu fibreux assez riche en vaisseaux et en fibres musculaires lisses disposées circulairement, une région interne, de 150 à 200 μ d'épaisseur, formée par une grande quantité de tubes d'apparence glandulaire séparés par du tissu conjonctif bourré de petites cellules rondes. Ces tubes sont généralement sectionnés transversalement ou obliquement sur une coupe transversale du canal; ils sont bordés de cellules cylindriques, la plupart du temps desquamées et libres dans la lumière du tube. Les éléments cellulaires sont très fréquemment des cellules à mucus. Ces tubes paraissent être ceux de glandules venant s'ouvrir dans le canal pancréatique.

Le tissu interstitiel est formé de petites cellules rondes semblables à celles que l'on rencontre dans les tissus inflammatoires.

Il n'y a pas d'épithélium continue limitant le canal, mais on rencontre cependant de temps à autre des bandes cellulaires à éléments cubiques ou cylindriques, détachées de la paroi.

Nos examens démontrent donc l'existence d'une inflammation chronique du canal pancréatique.

Les groupes acineux du tissu pancréatique ne semblent pas très altérés. Ils sont séparés par d'épaisses travées fibreuses.

Il est incontestable que la complication pulmonaire a été la cause directe de la mort chez notre malade. La dyspnée a suivi pour ainsi dire le réveil, et on peut assurément attribuer une part de responsabilité à l'anesthésie générale; il faut reconnaître, d'autre part, que notre opération avait rempli son but, et que le rétablissement de la circulation biliaire s'était clairement manifesté par les vomissements bilieux.

Il nous a paru plus facile d'anastomoser l'estomac que l'intestin; on sait, d'après les résultats aujourd'hui nombreux d'anastomoses gastro-biliaires, dont j'ai apporté quelques exemples personnels, que le passage direct de la bile dans l'estomac n'a aucun inconvénient et n'exerce aucune influence troublante sur la digestion, ainsi qu'on avait pu le redouter *a priori*; de plus, on peut craindre avec l'anastomose duodénale d'exercer un tiraillement sur l'intestin et de provoquer une coudure, ce qui semble s'être temporairement produit dans l'observation de Kehr. L'hépatico-gastrostomie peut donc avoir des indications et trouver sa place dans la chirurgie de l'hépatique.

D'après l'observation de Kehr, et d'après l'observation personnelle que je viens de rapporter, on peut conclure que le nombre des opérations praticables sur l'hépatique est plus con-

sidérable encore que nous ne le supposions au préalable : A l'hépaticotomie et à l'hépaticostomie s'ajoutent aujourd'hui, à titre de réalités cliniques, l'hépatico-gastrostomie et l'hépatico-entérostomie, et encore celle-ci peut-elle se dédoubler en deux modes : l'hépatico-entérostomie termino-latérale ou opération de Kehr et l'hépatico-entérostomie latéro-latérale, qui demeure jusqu'ici encore une opération théorique.

J'ajouterai, pour terminer, une remarque qui m'a été inspirée par les résultats de la nécropsie de ma malade : c'est qu'il ne suffit pas de ponctionner la poche sous-hépatique pour la vider de son contenu. On évacue bien avec l'aspirateur la partie la plus liquide, mais il reste déposé au fond de la poche une boue biliaire et des petites parcelles calculeuses qui pourraient ultérieurement obstruer la bouche de communication bilio-gastrique ou bilio-intestinale ; il y aurait donc vraisemblablement avantage à faire suivre la ponction d'une incision assez large pour assurer l'évacuation complète et le nettoyage parfait de la poche, quitte à fermer ensuite cette incision par un surjet.

J'ai signalé, au début de cette communication, les indications de l'hépaticostomie, qu'elle soit cutanée, gastrique ou intestinale ; elles se résument en ceci : un obstacle pariétal au niveau de l'origine du cholédoque avec impossibilité d'utiliser la vésicule ; l'obstacle cavitaire, en effet, est justiciable de la taille ou de la propulsion dans le cholédoque.

L'obstacle pariétal du rétrécissement peut être de nature néoplasique, qu'il ait débuté par le cholédoque, la fin de l'hépatique, le cystique ou le col de la vésicule biliaire ; tel est le cas de Kehr.

Cet obstacle peut être purement inflammatoire, et il n'est pas nécessaire que des calculs soient enclavés au voisinage du point rétréci pour expliquer sa formation. Toute localisation lithiasique est susceptible de déterminer à distance une inflammation capable d'aboutir à l'ulcération et par conséquent à l'obstacle cicatriciel. Chez notre malade, il n'existait pas de calculs dans la vésicule biliaire atrophiée, ni dans le cholédoque ; il n'existait qu'une boue biliaire avec de petites concrétions nageant dans la bile au-dessus du rétrécissement, et on peut très bien soutenir qu'elles ont été de formation secondaire.

De même, dans l'observation de Bezançon (1), aucun calcul véritable dans les voies biliaires, mais seulement des « traces de concrétions ayant la réaction de la cholestérine » dans la vésicule atrophiée.

(1) *Loc. cit. Soc. Anat.*, 1899, p. 118.

Nous pouvons encore rapprocher des faits de Besançon et du nôtre une intéressante observation prise dans le service de Lancereaux, publiée dans le *Journal de médecine interne de Paris* en 1900 (1) et intitulée « Note sur un cas de rétrécissement fibreux du canal hépatique ». En voici le résumé :

Femme de soixante ans : pas de coliques hépatiques antérieures; ictère depuis près de trois mois, diarrhée, amaigrissement; on sent à droite de l'ombilic et on voit faisant saillie, une tumeur de la grosseur d'une orange, dure, ligneuse qui paraît être la vésicule distendue; le foie descend jusqu'à l'ombilic, la rate est petite; ni sucre, ni albumine dans l'urine; la cachexie s'accentue et amène la mort au bout de cinq semaines. A l'autopsie on trouva un pancréas normal; le foie pesait 1.250 grammes, il était très pigmenté, de consistance molle. Les canaux biliaires sont très distendus et contiennent une bile couleur de bouillon sale. Les branches d'origine droite et gauche du canal hépatique ont un diamètre égal à celui d'un index d'adulte. Immédiatement après leur réunion, on voit un rétrécissement fibreux tellement prononcé que le canal est complètement oblitéré, pas une goutte de bile ne passe dans le cholédoque; au niveau du point rétréci on trouve une masse fibreuse résistante au couteau, du volume d'une noisette. Cette masse est formée par la paroi du canal hépatique très épaissi dans l'étendue d'un centimètre.

La vésicule est très distendue, elle laisse après ouverture s'écouler environ 200 grammes de pus épais, elle contient 3 ou 4 calculs, l'un d'eux gros comme une noix obstrue complètement le col de la vésicule. L'abouchement du cystique avec le cholédoque a lieu au niveau de la limite inférieure du rétrécissement, cet orifice est obstrué.

L'auteur se demande quelle est l'origine du rétrécissement. Il prétend qu'on ne peut faire intervenir la lithiase biliaire sous le prétexte « que le rétrécissement était situé au-dessus de l'abouchement du cystique dans le cholédoque; il est difficile, dit-il, d'admettre que le calcul ait remonté le cours de la bile et se soit logé dans le canal hépatique siège de la lésion ».

Sans doute, mais il n'est pas nécessaire que les calculs de la vésicule aient quitté celle-ci pour engendrer dans l'hépatique ou ailleurs une lésion que des causes inappréciables ont pu localiser dans un point des voies biliaires ou dans un autre.

Somme toute, il s'agit dans les trois observations que je rapporte d'un rétrécissement inflammatoire de l'origine du cholédoque, siégeant au même point à la jonction du cystique et de l'hépatique, et en rapport causal évident avec une lithiase vésiculaire.

M. Tuffier demande à présenter dans la séance prochaine deux cas d'hépatico-gastrostomie et d'hépaticostomie.

(1) Solacolu. *Journal de médecine interne de Paris*, 1900.

Névralgie faciale.
Résection du nerf maxillaire supérieur,

par M. E. POTHERAT.

Messieurs, j'avais demandé la parole à la séance du 14 décembre dernier à l'occasion d'une présentation de malade de notre collègue Guinard, dans le but de vous exposer quelques réflexions sur la résection du nerf maxillaire supérieur, envisagée vis-à-vis de la névralgie faciale.

La parole ne put m'être accordée à ce moment et ce qui ne devait être qu'une courte réplique devient une communication.

J'ai fait à l'heure actuelle une dizaine de fois cette résection du nerf maxillaire supérieur; et je voudrais, à la lumière des faits qui me sont personnels insister un peu sur le manuel et les résultats immédiats de cette opération et aussi sur ses résultats thérapeutiques. Ceux-ci, pour le dire de suite, me paraissent des plus encourageants.

Au point de vue du *modus faciendi*, j'ai toujours suivi la technique de mon maître M. le professeur Segond, technique connue sous le nom de *procédé de Lossen-Braun-Segond*, et qu'il est inutile de vous rappeler, car elle est présente à l'esprit de vous tous.

Je limite le plus possible le champ de l'incision principale, qui doit nous conduire dans la fosse ptérygo-maxillaire. Cela ne veut pas dire que je suis partisan de la toute petite incision verticale de mon maître, M. le professeur Poirier.

A n'en pas douter, Messieurs, par cette petite incision faite en suivant les points de repère précis que donne M. Poirier, on peut pénétrer dans la fosse ptérygo-maxillaire, on peut même arriver à accrocher, à étirer, à rompre le nerf maxillaire supérieur.

Pour obtenir ce résultat, il faut, a-t-on dit, être d'une grande habileté. Non, Messieurs, il suffit d'être heureux et d'accrocher au bon endroit. Mais nul ne se refusera à nous concéder qu'on n'est pas toujours heureux quand on opère à l'aveuglette avec un crochet mousse travaillant à une profondeur très grande, dans un espace exigu sans doute, ce qui est un avantage, mais occupé par de nombreux organes qui peuvent faire dévier l'instrument. Ce n'est même plus de la chirurgie au fond d'un puits; c'est une opération à rapprocher de la recherche d'une aiguille dans une botte de foin, au milieu des ténèbres de la nuit. Théoriquement, on peut trouver l'aiguille. Pratiquement, ce résultat heureux sera la grande exception. Nous aimons mieux la chirurgie en pleine

lumière. Il n'en reste pas moins, Messieurs, que le but poursuivi par M. Poirier avec sa petite incision est un but des plus louables, et qu'au point de vue esthétique, si beaux que soient les résultats d'une réunion immédiate, il est avantageux de faire des incisions aussi petites que possible. Et si l'incision de M. Poirier est trop petite, j'ai trouvé trop grande et un peu disgracieuse l'incision de mon ami Guinard. Elle passe en fer à cheval sur la saillie de la pommette. Or j'estime qu'il faut par-dessus tout éviter d'inciser la pommette ; c'est la partie de la face la plus exposée à la lumière, à la vue, celle où une cicatrice si linéaire que vous la supposiez sera toujours très visible.

C'est pourquoi, Messieurs, je tiens par l'incision en L, à grande branche le long du bord supérieur de l'arcade zygomatique, à petite branche verticale s'élevant à l'extrémité interne de la première, en dehors de l'apophyse orbitaire externe. La région malaire est ainsi hors d'atteinte.

Et quand la peau sera réunie, la cicatrice blanche linéaire, à peine visible déjà quand on la regarde bien en face, se trouvera encore dissimulée par la pénombre que projetteront les saillies de l'arcade zygomatique du malaire et de l'apophyse orbitaire externe.

Pour rendre le moins apparentes possibles ces cicatrices en elles-mêmes, je fais la réunion avec le plus grand soin, à l'aide de crins très fins, passés tout près des lèvres de la plaie; je les enlève du quatrième au cinquième jour, sauf à maintenir, pour plus de sûreté, les surfaces au contact à l'aide de bandelettes collodionnées qui ne laissent aucune trace vis-à-vis du squelette ; j'ai toujours procédé comme M. Segond. On n'a jamais de déformation en sciant l'os malaire très obliquement d'avant en arrière, et en fracturant l'apophyse zygomatique par rupture et non par section.

L'apophyse, en effet, au niveau de sa rupture, présente des fragments obliques, irréguliers, qui s'engrèneront et éviteront tout déplacement ultérieur. D'autre part, la section du malaire, oblique d'avant en arrière et de la superficie à la profondeur, constitue deux surfaces en biseau, dont la superficielle va s'appliquer sur la profonde, s'y appuyant exactement, solidement, sans aucun chevauchement même dans le sens vertical, sans même qu'il soit nécessaire d'assurer la juxtaposition par des sutures au catgut périosto-périostées. D'ailleurs, M. Segond a insisté sur toutes ces particularités. En fait, ces malades sont bien et totalement guéris au bout de huit à dix jours au plus, avec restitution *ad integrum* des formes extérieures.

Je n'insiste pas, et je pénètre plus profondément. Ici, Messieurs,

je me séparerai un peu de mon ami Guinard, sur quelques points de détails.

Tout d'abord, je ne résèque le nerf que *lorsque je le vois*; et le voyant, je le coupe à coup sûr immédiatement à sa sortie du trou grand rond. Mais, me dira-t-on, peut-on voir le nerf, peut-on surtout le voir dans tous les cas? Je réponds oui, sans hésiter. Pour cela, il faut dégager peu à peu, et par décollement doux, sans rupture, le tissu cellulo-vasculo-adipeux qui remplit la fosse ptérygo-maxillaire; il faut mettre à nu le bord antérieur en grande partie tendineux du muscle ptérygoïdien externe, en se portant vers le plafond de la fosse : et alors, deux cas peuvent se présenter, suivant que l'opéré est un homme ou une femme.

S'il s'agit d'une femme aux formes un peu grêles, au squelette peu développé, quand vous aurez récliné le ptérygoïdien externe, quand vous aurez bien asséché dans la profondeur, portez vos regards vers l'insertion supérieure du muscle ci-dessus indiqué, vous verrez certainement immédiatement en dedans de cette insertion le tractus nerveux. Vous le chargerez sur un crochet, et le tirant un peu à vous vous le sectionnerez immédiatement contre le crâne.

C'est bien le nerf, Messieurs; car vous voyez sur la section la coupe d'un tronc nerveux assez gros, et d'ailleurs ayant au préalable mis à nu le nerf sous-orbitaire à son émergence vous pouvez en tirant fortement sur ce dernier entraîner le tronc nerveux bien et dûment coupé. Cette manœuvre, recommandée par M. Segond est nécessaire, non seulement, parce qu'elle affirme la section du nerf, ce qui est le premier but à atteindre, mais aussi parce qu'elle entraîne la rupture de toutes les efférentes du nerf maxillaire, ce qui a sa valeur au point de vue thérapeutique, deuxième et principal but de nos efforts.

Mais, Messieurs, si l'opéré au lieu d'une femme se trouve être un homme, aux muscles masticateurs très développés, à la mâchoire puissante, vous ne verrez pas le nerf, caché qu'il sera par un puissant trousseau fibro-musculaire s'attachant à un gros tubercule, situé à la partie antérieure de cette crête qui sépare la face inférieure de la face externe de la grande aile du sphénoïde. Les recherches que j'ai entreprises jadis sur le cadavre, à l'instigation de mon maître M. Segond, m'avaient démontré le fait. On trouvera les résultats de ces recherches dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1889. J'ai constaté depuis sur le vivant l'exactitude de ces constatations cadavériques.

En pareil cas, vous pourrez arriver, sans doute en tâtonnant, à accrocher le nerf; ce sera difficile, et vous ne verrez pas le nerf. Or, j'ai dit qu'il valait toujours mieux le voir. Rien de plus simple

d'ailleurs que d'y arriver. D'un coup de gouge et de maillet, détachez ce *tubercule ptérygoïdien* du sphénoïde ; vous vous trouverez alors dans les conditions indiquées plus haut à propos de la femme.

La résection faite, mon ami Guinard, gratte, dit-il, la tubérosité du maxillaire, pour arraché sûrement le ganglion de Meckel, et enlevé la graisse de la fosse ptérygoïde, pour détruire sûrement tout filet nerveux.

Cela, à mon avis, n'est pas nécessaire et a des inconvénients.

Cela n'est pas nécessaire, car la section du nerf maxillaire à sa sortie du trou grand rond annihile toute branche issue de ce nerf, et en particulier toutes les afférentes du ganglion de Meckel : sinon l'anatomie et la physiologie ne sont qu'un vain mot. En second lieu, cela a des inconvénients. En grattant la maxillaire vous déchirez la riche anastomose, vasculaire née de la maxillaire interne qui s'y étale ; vous faites saigner, modérément dites-vous, je le veux bien, mais c'est néanmoins un inconvénient. Enfin, en enlevant la boule graisseuse de la cavité, vous enlevez le tampon vivant qui remplit, qui capitonne cette fosse, qui la remplira surtout après l'opération, supprimant un espace mort, qu'il est toujours préférable, quand faire se peut de ne pas laisser derrière soi dans un foyez opératoire. Donc, je ne gratte pas, je ne déchire rien, et je garde avec soin le coussin graisseux que je refoule dans sa cavité naturelle.

Telles, sont, Messieurs, les quelques remarques que je désirais faire au point de vue de la technique.

Je ne reviendrai pas sur les résultats esthétiques et opératoires. J'ai déjà dit que, grâce a une bonne technique, ces résultats étaient aussi beaux qu'on pût le souhaiter, on peut même dire parfaits et très rapidement obtenus. A l'exemple de mon maître, M. Segond, je complète toujours mon intervention par la résection du fil sus-orbitraire, et du filet nasal par des incisions petites, faciles à dissimuler dans des plis de la peau, et dont il n'y a pas lieu, comme pour la découverte du sous-orbitaire, de se préoccuper au point de vue esthétique.

J'en arrive, Messieurs, aux résultats thérapeutiques.

Ceux-ci sont tout à fait encourageants, surtout si l'on veut bien se rappeler qu'il s'agit d'une affection horriblement douloureuse, douloureuse au point de conduire au suicide les âmes les mieux trempées, et que le traitement chirurgical n'a été dans tous les cas mis en œuvre, qu'après l'échec absolu de tout autre mode de traitement.

Un de mes élèves, le Dr Ernest Janvier, dans une thèse sur ce sujet, soutenue en 1904, devant la Faculté de Paris, a relevé une

petite statistique de 51 cas, avec 41 guérisons et 10 récidives. Personnellement sur mes 10 cas; il y en a 7 sur lesquels je ne puis donner des renseignements certains, en ce sens qu'ils appartiennent à la période où j'étais chirurgien du Bureau central, et où il m'était difficile de suivre longtemps les opérés. Ce que je puis dire, c'est qu'aucun de ces malades n'avaient récidivé au bout de deux à trois mois, et qu'aucun n'est revenu me voir par la suite. C'est insuffisamment précis, je le reconnais. Mais, j'ai trois opérés plus récents, que j'ai pu suivre longuement. Le détail de ces cas se trouve dans la thèse du Dr Janvier. Or, ces trois malades, qui souffraient depuis de longues années étaient restés parfaitement guéris, au moment où le Dr Janvier a pu les retrouver : vingt-deux mois, dix-sept mois, douze mois après leur opération.

Ces résultats sont encourageants. Ils nous montrent qu'à l'aide d'une méthode sûre, par une voie en somme très accessible, sans délabrements, sans mutilation, sans altération de l'esthétique de la face, on peut débarrasser de leur affection de pauvres malades depuis longtemps la proie de cruelles douleurs, vis-à-vis desquelles toute autre thérapeutique s'est montrée totalement impuissante.

M. Guinard. — Je n'ai que quelques réflexions à présenter sur la communication de mon ami Potherat. D'abord, au sujet des incisions cutanées, je voudrais comme lui redire que si la petite incision dont a parlé M. Poirier me paraît devoir être rejetée, il ne faut pas faire de trop grandes incisions. Si j'avais fait une incision en fer à cheval sur la malade que je vous ai montrée en décembre, c'est que j'avais en même temps que le nerf maxillaire supérieur, réséqué le nerf maxillaire inférieur. D'ailleurs, il faut bien dire que cette opération se fait toujours — ou à peu près toujours — chez des sujets âgés, et que la question esthétique perd de ce fait un peu de son importance.

Pour la section de l'os malaire, M. Potherat conseille de la faire très oblique et très bas, de façon qu'il suffise de réappliquer les deux surfaces osseuses sans les suturer pour avoir une bonne coaptation. Je faisais ainsi dans mes premières opérations, mais j'avoue que j'ai renoncé à cette manière d'agir depuis 1899. A cette époque, dans mon service d'Ivry, j'ai ouvert en faisant cette section en biseau l'extrémité supérieur du sinus maxillaire : en sorte que les jours suivants, lorsque la malade se mouchait, il sortait de l'air par l'extrémité inférieure de la plaie. Il se fit là un peu de suppuration et la plaie se ferma spontanément en quelques semaines. Cet incident m'a conduit à faire la section osseuse un peu plus haut, et je dois dire que le léger auvent produit par

l'extrémité de l'os malaire est beaucoup moins gênant que le tubercule osseux dont a parlé M. Potherat et qui est si prononcé chez certains sujets du sexe masculin.

Quant au grattage de la tubérosité maxillaire, et au curettage de la fosse ptérygo-maxillaire que je préconise énergiquement, M. Potherat nous dit qu'il n'est pas utile d'y avoir recours et qu'on peut avoir des hémorragies. Pour l'hémorragie, sur un grand nombre d'opérations, je n'ai vu qu'une fois un peu de sang me gêner au fond de la plaie, et encore est-il qu'un tamponnement en eut très vite raison. Je pense donc qu'elle est absolument négligeable. Quant à son inutilité, elle ne m'est pas démontrée du tout. La section du nerf maxillaire supérieur ne supprime pas tous les nerfs du ganglion de Meckel qui en reçoit du facial et du grand sympathique. Inutile de dire qu'on ne voit jamais ce ganglion de Meckel, et qu'on n'est jamais sûr de l'avoir enlevé si, comme je le fais toujours, on ne fait pas un curettage complet de la région.

Enfin, je suis tout à fait de l'avis de M. Potherat quand il dit qu'il faut voir le nerf pour le bien couper. A ce propos, je dirai qu'actuellement pour trouver rapidement le nerf — ce n'est pas lui que je cherche, mais c'est *le trou* par où il sort du crâne. J'ai fait construire par M. Collin de petits crochets en hameçon, et j'introduis le bec du crochet *dans* le trou grand rond : je suis bien sûr alors qu'il suffit de quelques mouvements de rotation sur place pour accrocher et pour voir le nerf.

Quant aux résultats éloignés de l'opération je n'ai qu'à appuyer ce que vient de dire M. Potherat : ils sont excellents. Mais il faut toujours compter avec une récidive qui peut survenir huit, dix et douze ans après l'opération.

M. Potherat. — Je répondrai brièvement à mon ami Guinard sur les deux points qu'il a soulevés.

En ce qui concerne la section oblique de l'os malaire, il est bien entendu qu'il faut limiter cette section à l'os malaire et non s'étendre jusqu'à l'os maxillaire lui-même. M. Guinard en voulant pousser cette obliquité au plus loin, et peut-être parce qu'il est tombé sur une anomalie de développement du sinus maxillaire — a ouvert ce sinus — c'est là un fait tout à fait exceptionnel; on peut faire la section osseuse très oblique, et ne pas atteindre le sinus; mes recherches cadavériques, mon expérience sur le vivant me permettent de l'affirmer.

Pour ce qui est de l'innervation du ganglion de Meckel, il ne faut point perdre de vue que l'opération a en vue la cure d'une névralgie; or, à cet égard il importe peu que les filets moteurs,

ou les filets vaso-moteurs persistent, puisque ce sont les seuls filets sensitifs qui ont de la valeur, puisque ce sont ceux-là qui sont les vecteurs de la douleur. Or, ces filets sont physiologiquement détruits quand on a coupé le nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou grand rond. Le but poursuivi est atteint, point n'est besoin d'y ajouter une pratique quelconque, si minime soit-elle.

M. AUVRAY lit une observation de *Hernie inguinale étranglée chez un enfant de sept semaines. Kélotomie. Guérison. Du rôle joué dans la pathogénie de l'étranglement par le diverticule de Meckel contenu dans la hernie.* — Rapporteur : M. RIEFFEL.

Présentations de malades.

Fracture du maxillaire supérieur traitée par « l'appareil universel » de Delair.

M. PIERRE SEBILEAU. — Je vous présente un malade qui m'a été adressé par le service médical de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye avec une fracture du maxillaire supérieur qui, au moment où le patient fut admis à Lariboisière, datait déjà de douze jours.

Joseph L..., est charretier; le 9 janvier, il voulut descendre de son véhicule en marche; mais il manqua le marchepied, s'embarrassa dans les guides du cheval et fut projeté sous la charrette dont une roue lui écrasa la moitié droite de la face.

Quand il sortit de la stupeur où l'avait plongé le traumatisme, le blessé, dont l'attelage était déjà loin, se releva couvert de sang. On le transporta, après lui avoir donné les premiers soins, à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye d'où il me fut adressé le 21 janvier.

A ce moment, le blessé se plaignait encore de douleurs dans la moitié droite du nez, dans l'oreille et dans la joue droites. La région malaire était couverte d'ecchymoses et présentait une plaie contuse assez profonde, entourée d'une petite zone inflammatoire. La pression sur cette région était douloureuse et provoquait de la crépitation. La déformation y était peu marquée.

La voûte du palais était ecchymotique sur la presque totalité de son étendue; l'ecchymose s'étendait jusqu'au voile.

Le moule que je vous présente indique dans quel état se trouvaient les dents.

Tout le massif qui supporte les dents supérieures droites était abaissé et ces dents déviées n'articulaient plus avec les dents inférieures; mais cet abaissement était moindre sur les molaires que sur les incisives. L'incisive médiane droite, écartée de sa congénère gauche, et ébranlée, était abaissée de plus de trois millimètres.

La lame palatine était fracturée d'avant en arrière sur la ligne médiane et le fragment droit était abaissé; on percevait facilement son arête par le toucher buccal. La mobilité était très nette.

Au total, le blessé était atteint d'une fracture, par cause directe, de l'os malaire et du maxillaire ~~inférieur~~. La fracture de ce dernier était une fracture horizontale passant par le plancher du sinus et séparant le processus alvéolaire du massif mandibulaire. Le déplacement s'était fait comme si le fragment, au lieu de s'abaisser, dans sa totalité, avait basculé autour du bord postérieur de la voûte, le foyer de la fracture s'ouvrant en avant et se rétrécissant progressivement d'avant en arrière.

Il n'y avait pas de plaie de la fibro-muqueuse gingivale ni palatine.

Les fragments furent redressés et mis en place; le lendemain, après avoir moulé la bouche, M. Delair y appliqua une gouttière estampée en aluminium dont le but était de maintenir la réduction de la fracture en repoussant en haut le fragment inférieur.

Voici cette gouttière : vous voyez qu'elle est attirée de bas en haut par un appareil métallique dont les dimensions peuvent être facilement modifiées, ce qui le rend applicable à tous les cas. Cet appareil est métallique et stérilisable.

Il se compose d'une calotte cranienne formée de trois bandelettes d'aluminium de 20 millimètres de largeur réunies par des rivets. C'est la reproduction de la calotte en cuir de Péan. La bande principale inférieure passe derrière l'occiput et ses deux extrémités sont recourbées au niveau de l'arcade sourcilière pour se réunir à la plaque frontale.

Une seconde bande, rivée en arrière sur le milieu de la bande principale contourne la tête d'arrière en avant jusqu'au front où elle est recourbée en crochet. Enfin une troisième bande transversale partant d'une oreille à l'autre est réunie aux deux autres par des rivets.

Cette calotte sert de soutien à la plaque frontale. Celle-ci, en aluminium, est ovale; ses dimensions sont de 7 centimètres de long sur 4 de large.

En haut et au milieu, est rivé un crochet d'aluminium servant

à réunir cette pièce à la bande supérieure. De chaque côté, est rivé un crochet semblable servant à assurer, grâce à un anneau de caoutchouc, la fixité de la pièce frontale.

De chaque côté, et rivés l'un au-dessous de l'autre, sont deux tenons troués, l'un rond, l'autre carré, traversés par une tige verticale qui descend en contournant le nez jusqu'à la commissure de la lèvre. Puis, à ce niveau, la tige, recourbée à angle droit, pénètre obliquement dans la bouche où elle va fixer la large gouttière d'aluminium.

Son extrémité supérieure est taraudée sur une longueur de 20 millimètres, de façon à permettre le vissage d'un écrou de manière à produire le raccourcissement de la tige active. Ainsi, peu à peu, la gouttière est attirée jusqu'à ce qu'elle s'applique entièrement sur les deux lames palatines à la fois.

Sur le milieu de la branche verticale est soudé latéralement un prolongement de 25 millimètres de longueur; le centre en est taraudé pour le vissage et le réglage d'une plaquette ronde en aluminium martelé et à bords arrondis; cette plaquette a maintenu en place l'os malaire pendant les deux premières semaines de l'application de l'appareil; elle a également permis aussi l'application permanente de compresses humides.

L'appareil a donc assuré à la fois la consolidation de l'os malaire et celle du maxillaire droit.

L'articulation dentaire est rétablie. Il ne reste sur les dents que les érosions dont elles sont atteintes depuis longtemps, et, à gauche, une assez profonde abrasion provoquée par la pression habituelle du tuyau de pipe.

M. P. Michaux. — Je voudrais savoir de mon collègue et ami Sebileau quelles ont été les raisons qui l'ont déterminé, ainsi que M. Delair, à recourir à un appareil un peu compliqué comme les frondes qu'il vient de nous présenter.

Je crois, pour moi, que l'appareil prothétique à points d'appui interdentaires est l'appareil de choix pour le traitement des fractures des maxillaires. Nous avons obtenu ainsi avec mon ami le Dr Roy, dentiste des hôpitaux, de très beaux résultats.

M. Pierre Sebileau. — N'étant point prothésiste, je ne puis répondre à la question de M. Michaux. Si M. Delair a fabriqué et appliqué l'appareil que j'ai montré, c'est sans doute qu'un appareil intrabuccal plus simple était, à son avis, insuffisant. Y a-t-il des cas où un de ces appareils sans fronde peut remplir toutes les indications? L'expérience le dira. Pour le moment, je crois que M. Michaux fait allusion à des cas de fracture de la mâchoire inférieure, ce qui est différent.

Présentations de photographies radiothérapiques.

Épithélioma du sein ulcéré, non opéré, traité par la radiothérapie. Guérison de l'ulcération, propagation profonde.

MM. TUFFIER et HARET. — Nous vous présentons deux photographies montrant l'aspect d'un large cancer du sein ulcéré et sa cicatrisation complète. Je ne vous présente pas la malade pour les raisons que l'observation suivante vous expliquera, et qui viendront à l'appui de l'opinion que je défendais ici, il y a quelques mois, sur l'*évolution profonde* des cancers ulcérés du sein et cicatrisés sous l'influence des rayons X.

La malade est âgée de soixante-quatre ans. Nous ne trouvons rien de particulier dans ses antécédents, son état général *semble* bon.

En 1900, elle s'aperçoit qu'elle a au sein gauche une petite tumeur, dure, légèrement douloureuse à la pression. Pendant quelques mois, elle n'y attache aucune importance, mais les douleurs deviennent spontanées, la masse augmente de volume, la peau devient adhérente, il se forme un petit bouton ; la malade va consulter son médecin qui conseille une opération immédiatement refusée. *Pendant trois ans*, il n'est donc fait aucun traitement, sinon des applications de pommades à l'antipyrine, des lavages à l'eau oxygénée, etc., dans le but de calmer un peu les douleurs et les hémorragies, car l'ulcération s'est agrandie et saigne abondamment.

En février 1904, la malade nous est adressée par son médecin traitant pour essayer le traitement radiothérapique; elle refuse toujours une intervention sanglante. Nous trouvons au sein gauche une plaie de la dimension d'une petite paume de main, plaie siégeant en dedans et au-dessus du mamelon gauche qui est respecté mais qui, se trouvant sur la limite de l'ulcération, est accolé aux bourgeons, adhérents avec lui par un de ses côtés; la photographie d'ailleurs rend bien mieux compte de cet aspect. Les bords de l'ulcération sont indurés, épais; le fond est bourgeonnant, saigne très abondamment. Les douleurs sont très vives. Nous ne trouvons pas au palper de ganglions axillaires. Néanmoins, la malade accusant de la toux et un peu de dyspnée au moindre effort, nous faisons l'*examen radioscopique* et nous voyons nettement une diminution de translucidité de l'espace clair

médian : ce qui nous permet de conclure dans le cas actuel que les ganglions du médiastin commencent à être envahis. *Nous insistons sur ce point essentiel qui consiste à examiner toujours à l'écran une malade ayant un néoplasme du sein*; *on peut ainsi faire le pronostic exact des lésions profondes, sans accuser par la suite le traitement quel qu'il soit.* Si nous insistons sur ce point, c'est pour combattre une opinion qui fut soutenue au début de la nouvelle méthode, à savoir que la radiothérapie dans certains cas activait la marche de l'affection. Nous sommes absolument persuadés que si l'on avait fait un examen complet on eût établi un pronostic sérieux et l'on n'eût pas mis sur le compte d'un traitement ce qui n'était que l'évolution naturelle de la lésion.

Chez notre malade, nous avions donc la quasi-certitude d'amener une cicatrisation de la plaie, mais une certitude absolue de voir *les complications évoluer du côté du médiastin.*

L'effet de la radiothérapie fut le suivant :

Notre malade subissant une irradiation de 4 unités H par semaine, en une séance, ne tarde pas à voir cesser les hémorragies (à 12 H); les douleurs diminuent à 20 H; peu à peu, le fond de l'ulcération se nettoie, les bords s'affaissent; la cicatrisation commence à 36 H allant de la périphérie au centre, les douleurs reparaissent à la suite d'une suspension du traitement (la malade n'ayant pu venir aux séances, a cause d'une bronchite, pendant près d'un mois), mais avec la reprise de la radiothérapie, elles ne tardent pas à s'amender. Enfin, la cicatrisation est complète après une absorption de 64 H, les douleurs ont complètement disparu, le tissu cicatriciel est rose, souple, non adhérent aux parties profondes, la masse sous-jacente n'existe plus.

Néanmoins, l'état général s'est affaibli progressivement : les phénomènes de compression médiastine ont continué d'évoluer.

Le résultat a donc été exclusivement local; aucun autre traitement n'aurait eu, dans le cas actuel, un succès meilleur. Mais, devant ce résultat, nous pouvons espérer que chez une malade qui refuse catégoriquement une opération, si l'on fait de la radiothérapie sans tarder, avant l'envahissement des ganglions médiastinaux, on pourra obtenir une guérison complète.

Quant au diagnostic, il fut certifié par l'examen histologique. M. Beaujard, interne des hôpitaux, eut l'obligeance de faire une biopsie un mois environ après l'institution de notre traitement et nous communiqua la note suivante :

« La pièce est formée d'un petit bloc de tissu néoplasique recouvert par la peau. »

1° L'épiderme est très atrophique, composé d'une couche de

cellules cylindriques avec nombreuses cellules de remplacement sur laquelle reposent un ou deux strates de cellules aplaties, à protoplasma granuleux, puis immédiatement, presque sans transition, la couche cornée;

2° Le derme ne présente pas de papilles, le tissu conjonctif y est particulièrement épaissi; entre ces fibres on voit déjà quelques noyaux isolés de cellules épithéliales dont plusieurs présentent une vacuolisation assez nette.

Insensiblement, le derme se continue avec la masse sous-jacente formée d'un tissu conjonctif contenant quelques vaisseaux et de nombreux boyaux de cellules épithéliales, allongées en général dans le sens perpendiculaire à la surface cutanée.

Un grand nombre de ces cellules renferment des inclusions du type parasitaire de Sondakewitch et Swatchenko (corps de Flummer).

En résumé, il s'agit très nettement d'un épithélioma déjà influencé par la radiothérapie.

Nous avons eu l'occasion, depuis ma dernière communication, de traiter 15 épithéliomas, 9 cancers ulcérés du sein, 5 de la face et 1 de la vulve. Je ne vous apprendrai rien en vous disant que les 5 cancroïdes de la face et celui de la vulve ont guéri.

De nos 7 cancers du sein, *trois* d'entre eux présentaient de larges ulcérations, des métastases ganglionnaires ou médiastinales, et n'ont obtenu aucun bénéfice quant à leur évolution; des *quatre autres*, l'une est celle dont je viens de vous rapporter l'histoire, les trois dernières déjà opérées quelques mois auparavant et traitées pour des récidives sous forme de *noyaux ulcérés*. Ces ulcérations variaient de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 2 francs. Elles ont guéri en sept séances au maximum après avoir absorbé 19 à 21 H.

Dans deux cas de cancers *non ulcérés* et assez profondément situés, les rayons n'ont eu aucune action.

Nous conclurons de ces faits :

Dans le cancer du sein non opéré, il faut distinguer le cas où il y a ulcération et celui où il n'y a pas d'ulcération; dans le premier cas, on cicatrise l'ulcération et parfois la masse indurée disparaît, elle diminue toujours et les douleurs cessent; dans le second cas, on obtient une légère diminution de la tumeur qui semble arrêtée dans son évolution pendant un certain temps. A ce moment, nous conseillerions volontiers l'opération chirurgicale, et, de suite, radiothérapie préventive pour empêcher la récidive. Dans le cancer du sein opéré, lorsqu'il y a une récidive ulcérée, le traitement amène une transformation et même une cicatrisation;

s'il y a des noyaux cutanés, ils disparaissent rapidement; s'il s'agit d'un noyau plus profond, non ulcéré, les chances de succès sont moins grandes, néanmoins on obtient presque toujours une amélioration locale, un relèvement de l'état général.

Quant au traitement radiothérapique après les opérations pour néoplasme, nous estimons qu'il doit être considéré comme la partie terminale et *nécessaire* de l'opération et institué le plus tôt possible après l'acte opératoire.

M. Potherat. — J'observe en ce moment un malade qui apporte une confirmation à ce que vient de nous dire Tuffier.

Il s'agit d'un homme que j'avais opéré d'un épithélioma de la face. Le mal a récidivé, et quand ce malade est venu me trouver, il avait une grande ulcération, large comme la paume de la main, saignante, sanieuse, etc.

J'ai envoyé ce malade à M. Béclère, qui le traite par la radiothérapie. Ce traitement a complétement modifié l'aspect de la plaie. Celle-ci devient plane, rosée, de bel aspect, elle se cicatrice manifestement à la périphérie; le bourrelet qui la limitait s'est affaisé; cette plaie est en voie de guérison; mais au-dessous d'elle, une tumeur grandit, grossit, s'étale d'uue manière rapidement progressive.

Cela confirme donc ce résultat qui semble déja acquis que la radiothérapie a une action efficace sur les lésions superficielles, mais qu'elle n'agit pas sur les lésions profondes, dans l'état actuel.

Présentation d'instrument.

Cystoscope direct du Dr Luys.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un instrument à la fois simple et ingénieux qui permet d'examiner très facilement l'intérieur de la vessie chez l'homme et même de faire certaines opérations intra-vésicales, c'est le cystoscope du docteur Luys.

M. Luys, reprenant les idées de Kelly, en a notablement perfectionné l'application.

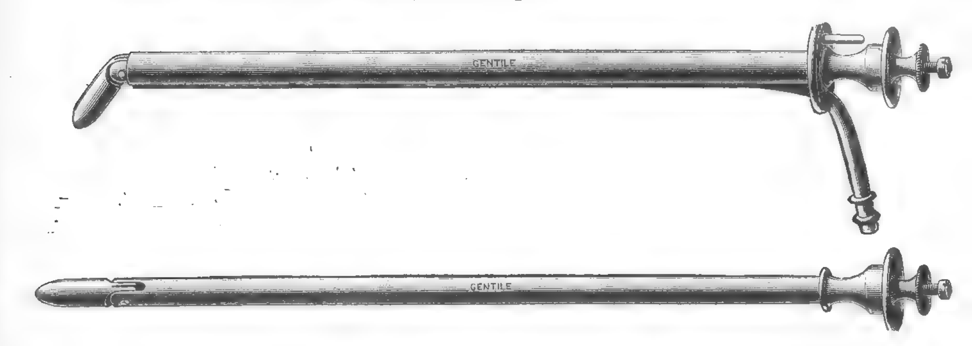
Vous connaissez la méthode de Kelly. Elle est basée sur le fait que la vessie se remplit d'air lorsqu'on place le sujet dans la position génu-pectorale et qu'on rend l'urètre béant. La cavité vésicale devient ainsi positive, il suffit de l'éclairer et de permettre

aux regards d'y arriver pour que l'examen optique puisse en être fait. Mais pour peu que l'examen dure, l'urine qui sort des uretères vient troubler la vision. Aussi Kelly était obligé d'introduire de temps en temps un petit tuyau d'aspiration pour enlever l'urine.

Voici en quoi M. Luys a perfectionné la technique de Kelly.

D'abord, au lieu de placer les malades dans la position génu-pectorale, qui est fort pénible et presque répugnante, il les place dans la position de Trendebenburg, qui est bien plus facilement supportée. Clado et Hartmann avaient d'ailleurs déjà utilisé cette position pour faire la cystoscopie chez la femme.

En outre, l'instrument est pourvu d'un tube aspirateur disposé de telle sorte qu'il ne gêne en rien les manœuvres, mais qui permet d'aspirer l'urine à mesure qu'elle est excrétée par les uretères. Grâce à cette disposition, on peut faire l'examen ou l'intervention intra-vésicale sans interruption.



Enfin la lumière est fournie par une petite lampe électrique, lampe froide qui ne peut en aucune façon léser la vessie et qui donne un éclairage bien supérieur à celui du miroir frontal employé par Kelly.

Voici l'instrument qui permet de faire la cystoscopie directe chez l'homme.

Il se compose d'un tube de 18 centimètres de long, dans la paroi duquel est logé un petit tuyau. Du côté intra-vésical, ce tuyau se termine par un orifice qui s'ouvre à la partie inférieure et interne du tube. Quand l'instrument est en place, pour le cathétérisme des uretères par exemple, la première goutte d'urine qui arrive dans la vessie vient se loger sur cet orifice. A son autre extrémité, le tuyau se prolonge par l'ajutage que vous voyez, auquel on adapte un tuyau de caoutchouc. Celui-ci est relié à un aspirateur quelconque. La disposition de l'orifice interne est telle que jamais la muqueuse vésicale n'y est aspirée. On peut donc entraîner l'urine hors de la vessie aussitôt qu'elle y pénètre.

Pour introduire le tube cystoscopique, il faut un mandrin. Le

voici. Vous voyez qu'il se prolonge du côté vésical de 3 centimètres.

Cette partie, qui n'est pas engainée, est mobile. Grâce à une vis de rappel, on peut l'incliner ou la redresser. Pour introduire l'appareil dans la vessie, on l'incline, et par cette inclinaison le cathétérisme est facilité. Dès que l'appareil est en place, on redresse le mandrin et on l'enlève.

Immédiatement, l'appel d'air se produit et les parois de la vessie s'écartent. On introduit alors cette petite lampe portée sur cette mince tige qui se fixe à l'orifice externe de l'appareil.

On peut alors rabattre cette loupe dont la distance focale est de 18 centimètres et qui grossit légèrement. Tout alors est prêt pour l'examen. En inclinant le tube à droite, à gauche, en bas, en haut, on peut examiner presque toute la vessie, sauf peut-être la partie de la paroi antéro-supérieure qui est située immédiatement au-dessus du col.

La facilité de cet examen m'a grandement surpris, je le déclare. On voit l'intérieur de la vessie aussi facilement que les fosses nasales ou la gorge.

L'orifice des uretères saute pour ainsi dire aux yeux. Comme l'éjaculation urétérale de l'urine se fait non pas dans du liquide, mais dans une vessie vide, seulement distendue par l'air, on voit la goutte d'urine avec une clarté extraordinaire; et dans un cas où cela n'était point nécessaire, j'ai été réellement obligé de me défendre contre la tentation enfantine que j'avais de mettre une sonde dans un uretère simplement pour le plaisir de le faire aussi facilement qu'on introduit un stylet dans une fistule cutanée.

Avec cet instrument j'ai pu très facilement reconnaître une tumeur de la vessie, délimiter son siège, apprécier son étendue. Cette tumeur siégeait du côté gauche et affleurait l'orifice urétéral correspondant. Du côté droit, on voyait avec la plus grande netteté un vieux caillot. Si j'avais eu à ma disposition une pince convenable, j'aurais pu l'enlever avec la plus grande facilité.

On pourrait de même cueillir un petit calcul.

Rien ne serait plus facile encore avec cet instrument que de cautériser un papillome ou de faire agir un fragment de sel de radium sur une tumeur. Cela serait d'autant plus aisé qu'il n'y a pas de liquide dans la vessie.

Messieurs, j'ai été très vivement frappé de la simplicité et des

avantages de l'instrumentation de M. Luys. Permettez-moi de vous répéter en quoi ils consistent.

C'est d'abord son extrême facilité d'emploi. Elle permet à tout médecin, sans aucun apprentissage spécial, de faire du premier coup un examen endovésical et le cathétérisme des uretères.

En second lieu elle permet l'introduction dans la vessie, sous le contrôle de l'œil, d'instruments tels que pinces, galvanocautère, porte-caustiques, etc., et rend ainsi facile un certain nombre d'interventions intra-vésicales.

M. Bazy. — Je demanderai à M. Delbet quel est le calibre de l'instrument et si l'on peut examiner avec l'instrument toutes les parties de la vessie ?

M. Pierre Delbet. — Le calibre de l'instrument est 54.

M. Bazy me demande si on peut examiner toute la vessie avec cet instrument. J'ai déjà dit que, sauf la portion de la paroi antéro-supérieure immédiatement sus-jacente au col, on pouvait tout voir.

M. Hartmann. — L'appareil que vient de nous présenter M. Delbet est intéressant, mais il ne faut en exagérer les avantages. Il permet de faire facilement le cathétérisme de l'uretère mais a l'inconvénient de ne permettre que l'examen d'un champ limité. La petite lampe située à l'extrémité du tube éclaire admirablement les parties immédiatement au contact mais n'éclaire qu'à une toute petite distance. On ne peut explorer qu'un champ très limité, on n'a pas une vue générale de la vessie c'est là l'inconvénient de l'appareil, inconvénient beaucoup moindre quand on pratiquait la cystoscopie directe avec une lumière externe assez forte. J'ai eu l'occasion avec Kelly de faire à Lariboisière la cystoscopie directe et d'introduire une bougie dans une fistule intestino-vésicale. Je ne sais pas si, avec la lampe faiblement éclairante de ces tubes urétroscopiques, on aurait pu aussi rapidement trouver l'orifice.

M. Albarran. — La méthode de cystoscopie qui consiste à regarder directement la vessie avec un tube a été surtout préconisée par Grünfeld, qui l'appliqua chez l'homme et chez la femme : en France, elle a été bien étudiée par Janet. Pawlick et Kelly ont fait, par un procédé analogue, le cathétérisme des uretères. Dans l'urétroscope d'Oberländer, la lampe se trouve dans l'intérieur du tube, mais à l'époque où il fut construit, on n'avait pas de lampes froides et on devait se servir d'un système gênant de refroi-

dissement. Valentine (de New-York) a fait construire un urétroscope à lampe intérieure froide, dont celui de M. Luys, que M. Delbet nous présente, constitue une modification.

Ces nouveaux cystoscopes à vision directe sont meilleurs que les anciens; celui de Luys me paraît donner un bon éclairage, et pourra être utile dans un certain nombre de cas.

D'une manière générale, tous ces instruments présentent un inconvénient, celui d'avoir un champ visuel trop étroit que mesure le diamètre restreint du tube. On juge mieux une lésion lorsqu'on peut l'examiner dans le large champ d'un cystoscope que lorsqu'on est obligé de combiner plusieurs images successives. Dans les cas de tumeur de la vessie, on se rend mieux compte de l'existence et de la largeur du pédicule, ainsi que des villosités de la tumeur qu'on peut voir flotter dans le liquide. Avec un tube endoscopique, on n'examine pas aisément la paroi antérieure de la vessie, on ne peut voir la région juxta-cervicale, et si la prostate est un peu augmentée de volume, on ne voit pas la région rétroprostatique. Notons encore que le calibre qu'il faut donner à l'instrument pour avoir une vision, même restreinte, est beaucoup plus considérable que celui d'un cystoscope ordinaire.

Pour ces raisons, il ne me paraît pas probable que les tubes endoscopiques puissent remplacer le cystoscope, et je suis moins enthousiaste que mon ami Delbet. Même pour la plupart des opérations cystoscopiques, le cystoscope opérateur de Nitze permet de manœuvrer assez bien dans la vessie remplie d'air ou d'eau; c'est ainsi qu'on peut passer une anse galvanique autour du pédicule d'une tumeur, ce qui ne pourrait se faire avec un tube endoscopique.

Il est pourtant des cas de vessie irritable où le cystocope ne peut être appliqué, et qui sont du domaine de l'endoscopie; on peut de même se servir avec avantage de ces instruments, comme on le fait depuis longtemps, pour l'extraction de certains corps étrangers ou pour des cautérisations vésicales.

L'urétrocystoscope de M. Luys est un instrument plus perfectionné que les autres du même genre, mais les inconvénients généraux de la méthode de Grünfeld ne me paraissent pas permettre d'espérer qu'elle puisse remplacer la cystoscopie avec appareils optiques réfléchissant l'image vésicale.

M. Tuffier. — Je dois à M. Luys de dire tout le bien que je pense de son appareil. J'ai pu le voir et l'apprécier dans mon service où son auteur et moi-même l'avons employé plusieurs fois, soit pour faire la cystoscopie, soit pour pratiquer le cathétérisme de l'uretère. Peu m'importe les procédés et les instru-

ments dont il peut dériver, j'ai pu comparer ces instruments et juger ces procédés, je puis affirmer que je n'ai jamais vu d'une façon aussi nette et aussi précise, la muqueuse vésicale, sa coloration, ses moindres aspérités, son aspect lisse ou grenu, la forme, la coloration si importante de l'embouchure des uretères qu'avec le cystoscope de Luys. Ce bon résultat n'est pas fait pour vous étonner, il est dû à l'éclairage parfait, et au constact direct de l'instrument et de la muqueuse; l'absence de liquide dans la vessie supprime toutes les causes de réfraction et de déformation des parties examinées et par conséquent toutes les causes d'erreur. Sans doute le champ de l'exploration est limité, mais on peut promener sans inconvénient ce champ sur la plus grande partie de la vessie — et au moins *ce qu'on voit, on le voit bien nettement*.

M. Pierre Delbet. — Comme mon ami Tuffier, j'ai été surpris de la clarté que donne l'instrument de Luys. Cette vision directe sans réfraction, sans réflexion est d'une netteté incomparable. Je m'étais servi auparavant de cystoscopes. Eh bien, la première fois que j'ai regardé une vessie avec l'appareil de Luys, j'ai été stupéfait et ravi de voir nettement, clairement les détails de la muqueuse vésicale, aussi clairement qu'on voit celle des fosses nasales. J'accorde bien que je n'ai pas une grande expérience du cystoscope, j'accorde bien que ceux qui en ont une grande habitude peuvent en tirer plus de renseignements que je ne saurais faire; mais enfin j'ai regardé des vessies avec les cystoscopes ordinaires, et je vous assure que je n'ai jamais été obligé, avec ces instruments, de résister à la tentation de cathétériser un uretère. Vous m'accorderez bien que je suis capable de distinguer une image claire d'une image confuse, qu'il s'agisse d'une vessie, d'une préparation microscopique ou de tout autre chose. Eh bien, je vous apporte mon témoignage, auquel est venu se joindre celui de M. Tuffier, qu'avec l'instrument de Luys, la netteté de la vision est incomparable.

J'ajoute qu'avec les cystoscopes ordinaires on ne peut rien voir si la vessie ou le rein saignent ou suppurent abondamment; avec l'instrument de Luys, le sang et le pus étant aspirés immédiatement, l'examen n'est nullement troublé. C'est là un grand avantage.

On reproche au cystoscope direct de ne pas donner un champ d'observation très étendu. Il est certainement regrettable que ce champ ne soit pas plus vaste. Tel qu'il est, il rend de grands services. En inclinant le tube, on peut d'ailleurs explorer par tranches presque toute la vessie.

Mon ami Hartmann nous a dit que l'étroitesse du champ était due à l'insuffisance de l'éclairage produit par la petite lampe. Il y a certainement là une erreur d'interprétation. La lampe, située tout près de l'orifice vésical du tube, éclaire forcément une surface plus étendue que celle que l'œil, placé à l'autre extrémité du tube, peut découvrir. Il est, d'ailleurs, très facile de s'en rendre compte en examinant une feuille de papier pourvue de points de repère, du papier quadrillé par exemple. On constate aisément que la surface éclairée est plus étendue que celle que l'on peut voir. Ce qui limite le champ d'observation, c'est la longueur et le calibre du tube. Ainsi, quoi qu'en ait dit mon ami Hartmann, on ne l'augmente nullement en remplaçant la lampe par un miroir frontal.

Pour ce qui est des interventions intravésicales, je n'ai point dit qu'elles n'étaient pas possibles avec une autre instrumentation ; mais puisque mon ami Albarran a parlé de l'instrumentation de Nietz, je dirai qu'elle est très compliquée, d'une manœuvre délicate, qui nécessite un apprentissage, une réelle habileté, tandis que, avec l'instrument de Luys, n'importe quel médecin peut faire du premier coup une cautérisation intravésicale.

On m'a reproché un certain emballement. Que l'instrumentation de Luys m'ait séduit par sa simplicité, je le reconnais bien volontiers, mais je ne crois pas avoir fait preuve d'emballement. Qu'ai-je donc dit? J'ai dit qu'on pouvait, avec son aide, facilement saisir un caillot ou un petit calcul, j'ai dit qu'on pouvait aisément cautériser un papillome ou un point saignant, j'ai dit encore qu'on pouvait porter un fragment de sel de radium au contact d'une tumeur. C'est là l'évidence même et je suis prêt à le montrer à ceux qui en doutent s'ils veulent m'en fournir l'occasion.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 8 MARS 1905

Présidence de M. Schwartz.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Sebileau, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la Chloroformisation.

M. Berger. — Presque tous ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans cette discussion se sont montrés favorables à l'emploi, dans l'anesthésie par le chloroforme, d'appareils destinés à régler l'administration de l'anesthésique et à le mélanger, en proportion titrée, soit à l'air, soit à l'oxygène. Vous permettrez à un partisan de l'administration du chloroforme par la main du médecin munie seulement de la compresse classique, reléguée par M. Kirmisson au temps des diligences, de prendre ici sa défense.

Pendant de longues années on a cherché à éviter les dangers indéniables que présente l'inhalation du chloroforme en cherchant d'autres agents anesthésiques moins dangereux : c'est ainsi

qu'un grand nombre de chirurgiens ont abandonné le chloroforme pour l'éther, d'autres pour le bromure d'éthyle ou d'autres corps volatils de même espèce qui ne sont restés dans la pratique que comme des agents accessoires ou exceptionnels d'anesthésie. Nous avons assisté à l'enthousiasme pour la rachi-cocaïnisation, puis à sa déchéance ; la stovaïne, pour M. Chaput, remplacerait la cocaïne dans ce mode d'emploi, sans présenter les mêmes risques ; enfin après bien d'autres tentatives que je ne puis passer en revue, on s'est épris de la scopolamine sur laquelle, dans la dernière séance, M. Terrier vous a lu un rapport si intéressant mais bien peu fait pour encourager ceux qui ne la connaissent pas par expérience personnelle, à en tenter l'aventure.

Ainsi que la discussion actuelle le prouve, on revient cependant au chloroforme, mais on cherche, par l'emploi d'appareils ingénieux, à en rendre l'administration exempte de dangers : on a commencé par essayer des mélanges titrés d'oxygène de Paul Bert, en pensant trouver dans l'emploi de ce gaz la sécurité contre les accidents d'asphyxie que détermine le chloroforme ; puis, considérant que l'appareil Roth-Dræger qui réalise ce principe, agit principalement en réglant d'une manière automatique l'accès du chloroforme et l'apport de ses vapeurs, beaucoup de chirurgiens ont pensé obtenir les mêmes avantages, sans s'encombrer du réservoir à oxygène comprimé, au moyen d'appareils ne laissant arriver aux voies respiratoires qu'une proportion déterminée de vapeurs chloroformiques à chaque inhalation.

Si je suis peu partisan de l'emploi de ces moyens, c'est que je suis convaincu que ceux qui pensent y trouver des garanties efficaces s'engagent eux-mêmes et surtout qu'ils engagent les autres dans une fausse voie.

Comme eux et plus qu'eux je suis persuadé que le chloroforme est un agent très dangereux entre les mains de ceux qui ne savent pas le manier, mais aucun n'est plus sûr lorsqu'on est familiarisé avec son administration. Les phénomènes eux-mêmes de l'anesthésie chloroformique présentent en effet à celui qui les observe et qui sait en apprécier la valeur une série de points de repère qui ne font presque jamais défaut et qui permettent à celui qui l'administre de savoir, à tout moment, à quelle période de la chloroformisation, à quel degré de saturation chloroformique est arrivé le sujet soumis aux inhalations du chloroforme.

Pour bien donner le chloroforme, il faut savoir observer et savoir ce que l'on doit observer ; toute la question de la sécurité contre les accidents, est dans l'attention qu'on apporte à la constatation des phénomènes physiologiques de la chloroformisation.

Or ces appareils qui, j'en suis convaincu, règlent l'administra-

tion du chloroforme d'une manière plus égale que l'emploi de la compresse, ont le double et capital inconvénient, je dirais même qu'ils offrent le double danger :

1° De donner trop de confiance au chloroformisateur dans l'innocuité assurée par l'emploi de l'appareil ;

2° De détourner son attention de l'observation des phénomènes physiologiques présentés par le malade, en la portant sur le jeu de cet appareil, en remplaçant la surveillance du malade par la surveillance des robinets, des curseurs, des obturateurs, des soupapes.

On me dira que le règlement de l'appareil, que sa mise au point sont rapides, que c'est une affaire de pratique facile à acquérir ; qu'une fois l'appareil réglé, le chloroformisateur n'a plus qu'à le laisser fonctionner et à surveiller le malade. Cela peut être vrai dans une certaine mesure ; il n'est pas moins nécessaire de surveiller son fonctionnement et de lui donner une part de l'attention qui doit être tout entière à l'observation du malade. En pareille matière la moindre cause qui détourne l'œil du chloroformisateur de ce qu'il doit constamment observer est un danger.

Je n'aime d'ailleurs pas les appareils qui nécessitent l'emploi du masque. Celui-ci cache une partie du visage, empêche de fixer la langue avec la pince, il ne se concilie pas avec l'anesthésie dans un très grand nombre d'opérations portant sur la face, dans toutes celles qui se pratiquent sur la bouche et sur le nez. Il a d'ailleurs l'inconvénient de causer une vive répugnance à bien des malades.

Supposons que ces appareils soient parfaits et qu'ils n'aient pas d'autres inconvénients, leur emploi complique l'anesthésie : je ne parle pas de l'appareil Roth-Dræger qui ne peut être employé que dans une installation chirurgicale proprement dite. Les appareils de Ricard et de Reynier, quoique plus simples et portatifs, ne peuvent être toujours sous la main. Celui qui les emploie d'ordinaire et qui en est privé, a perdu l'habitude de donner le chloroforme avec la compresse, et ce mode d'administration, pour celui qui s'en est déshabitué, devient une cause d'insécurité.

La chloroformisation est une manœuvre chirurgicale qui appartient à la pratique de tous, qui doit pouvoir être employée en tous lieux, dans toutes les conditions, dans tous les millieux, à tout instant. Elle doit donc être simple : tout ce qui la complique doit être rejeté. Elle a le grand avantage sur tous les autres modes d'anesthésie, de pouvoir être pratiquée pour toutes les opérations quelle que soit la région sur laquelle on opère ; il faut qu'elle le conserve et qu'on ne soit pas obligé d'adopter deux

modes de chloroformisation, l'un avec les appareils, l'autre avec la compresse.

Les inconvénients de l'administration du chloroforme par la compresse tiennent d'ailleurs, surtout, à la manière défectueuse dont on emploie cette dernière, principalement à la hâte que l'on a d'obtenir une anesthésie rapide. C'est ce désir qui porte à bloquer l'entrée des voies respiratoires, à ne laisser passer d'air que par la compresse chargée de chloroforme. En le faisant, on détermine les défenses du début et l'excitation violente, les troubles respiratoires qui en sont la conséquence et qui sont l'origine de presque tous les accidents. Une chloroformisation mal commencée est et reste souvent, jusqu'au bout, une chloroformisation troublée ; une chloroformisation qui marche régulièrement et procède sans à-coups, se continuera presque toujours régulièrement et sans incidents. Or, on peut, avec de l'attention, régler avec la compresse l'administration du chloroforme comme on le fait avec les appareils mélangeurs.

Si ces appareils nous donnaient une garantie certaine contre les accidents, je passerais sans hésitation par-dessus les objections que je fais à leur emploi ; mais nous savons qu'il n'en est rien, et la lettre que vous a lue M. Kirmisson et qui relate les circonstances dans lesquelles un cas de mort s'est récemment produit à la clinique du professeur Hoffa, montre que ces accidents sont toujours possibles et sous leur forme la plus redoutable. On ne peut même dire dans quelle proportion l'éventualité de ces accidents peut être diminuée par leur emploi, même entre les mains de ceux qui savent le mieux s'en servir.

J'ai eu le chagrin de voir, en 27 ans, succomber quatre opérés à l'intoxication chloroformique, mais pas un de plus et depuis onze ans, je n'ai plus eu à déplorer, grâce à Dieu, de cas de mort survenu dans ma pratique, soit à l'hôpital, soit en ville, et j'ai pu former au maniement et à l'emploi du chloroforme un nombre correspondant de promotions d'externes et même de stagiaires qui sont sortis de mon service sachant donner le chloroforme, en en réglant l'administration sur des règles précises dont l'essentielle est l'observation attentive du malade. Quand j'aurai trouvé un autre anesthésique, un autre mode d'administration qui me permette d'obtenir l'anesthésie chirurgicale et d'enseigner aux autres à l'obtenir avec la même simplicité, la même uniformité dans la technique, la même facilité et avec des garanties manifestement supérieures contre les accidents, j'abandonnerai l'emploi de la compresse ; jusque-là, tout en m'intéressant beaucoup aux efforts de ceux qui recherchent dans des méthodes, des agents, des appareils nouveaux, ces garanties, je reste convaincu que la

condition essentielle de l'anesthésie étant d'être à la portée de tous, le meilleur mode d'administration du chloroforme est encore le plus simple.

A propos de la chirurgie du canal hépatique.

M. Tuffier. — La chirurgie du canal hépatique dont notre collègue Quénu parlait dans la dernière séance est une chirurgie encore d'exception. Les lésions localisées à ce canal sont rares et les opérations de dérivation biliaire exécutées à ce niveau ne sont que des pis-aller exceptionnels. J'ai eu pour ma part l'occasion de pratiquer deux fois l'incision du canal hépatique ou *hépaticotomie*, une seule fois la fistulisation ou *hépaticostomie* et une fois l'anastomose du canal hépatique avec l'estomac ou *hépatico-gastrostomie*. Je ne ferai que vous signaler les deux cas d'hépaticotomie, tous deux dirigés contre des *faits complexes de lithiase biliaire*; le premier a été pratiqué le 24 janvier 1905 chez une jeune femme de vingt-cinq ans qui avait déjà subi une cholécystotomie avec fistule biliaire et chez laquelle persistaient des accidents d'angiocholite avec fièvre intermittente hépatique. Je fis une laparotomie médiane, puis une incision transversale pour me donner un large champ opératoire; j'ai enlevé trois calculs du cholédoque, puis au niveau du hile du foie sur sa partie latérale droite je sentis nettement un gros calcul du volume d'une noisette; j'incisai le canal hépatique sur une petite surface que j'agrandis peu à peu avec la sonde cannelée et j'enlevai le calcul. Le drainage du cholédoque et du canal hépatique me fit faire cette simple remarque que je soumets aux opérateurs d'avenir, c'est que la cicatrisation et la réparation du cholédoque se fit plus vite que celle de l'hépatique qui est encore à l'heure actuelle le siège d'une fistule biliaire.

La seconde opération fut pratiquée le 1er mars dernier, rue Blomet; il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans, assez grasse, présentant des accidents de lithiase biliaire avec ictère intermittent léger depuis de nombreuses années; j'enlevai successivement deux calculs de la vésicule, trois volumineux calculs du cholédoque et deux calculs du canal hépatique, ces deux derniers triangulaires et du volume d'une noisette. Ils présentaient ce fait curieux qu'ils laissaient passer la bile malgré leur volume; ils s'étaient creusé des diverticules aux dépens du canal hépatique, de véritables enchâtonnements, si bien qu'après l'incision du canal il était impossible de les faire sortir de leur loge. Le drainage de l'orifice du canal hépatique donne lieu actuellement à un écoulement biliaire et la malade est en bon état.

Les deux faits suivants ont trait au contraire à des *néoplasmes des voies biliaires* dont la localisation me paraît intéressante; je vous la figure ici schématiquement d'après le croquis fait pendant l'opération sur mon registre d'hôpital. Ce sont des *épithéliomas* qui, tous deux, possédaient le volume d'une châtaigne; tous deux se présentaient sous forme de plaques indurées, irrégulières et occupant exactement *la région de l'embouchure du canal cystique dans le canal cholédoque*, si bien qu'ils oblitéraient complètement et le canal cystique et la partie supérieure du canal cholédoque. Je crois que ce sont ces tumeurs qui nécessiteront le plus souvent une anastomose hépatico-intestinale. Je ne sais pas en effet quelle autre opération pourrait rétablir le cours de la bile.

Chez ma première malade dont l'histoire n'offre aucun intérêt et en face de cette lésion que je n'avais jamais rencontrée je me contentai d'ouvrir et de drainer le canal hépatique très dilaté pour mettre un terme à l'ictère. La teinte jaune foncé de la malade disparut presque complètement, mais elle ne succomba pas moins cachectique avec les signes d'un cancer pancréatique ou duodénal huit semaines après l'opération.

La seconde malade est la seule dont l'histoire soit intéressante.

Le 9 juillet 1903 j'opérai à l'hôpital Beaujon une jeune femme de 39 ans couchée au n° 8 de la salle Jarjavay et atteinte d'un ictère chronique datant de trois mois.

Voici son histoire rédigée par l'externe du service.

Le début de l'ictère remontait à trois mois environ et fut précédé par une démangeaison localisée aux membres inférieurs. Ce prurit se généralisa bientôt à tous le corps et trois jours après, l'ictère faisait son apparition. La malade fut mise au régime lacté absolu, régime qu'elle a suivi pendant cinquante-deux jours. Elle a maigri très rapidement, et bientôt voyant qu'aucune amélioration ne survenait, que l'ictère restait toujours intense, que les selles étaient décolorées, elle s'est mise à manger comme tout le monde. Dès lors, elle a eu de la diarrhée persistante, avec des matières extrêmement fétides. Les selles étaient fréquentes (sept ou huit fois par jour et trois ou quatre fois pendant la nuit).

Cet état détermina la malade à entrer à l'hôpital le 6 juillet.

A l'examen, on sent à l'hypocondre droit le lobe droit du foie plus gros que normalement, dur, bosselé, présentant un bord inférieur dur, presque tranchant. Sur la paroi abdominale, on peut délimiter ce bord, suivant une ligne horizontale, passant au niveau de l'*ombilic* et descendant même dans les grandes inspirations d'un travers de doigt au-dessous de la région ombilicale. En dehors, on sent ce bord, inférieur à deux travers de doigt, au-dessus de la crête iliaque et de l'épine iliaque antéro-supérieure.

En soulevant le bord inférieur du foie, on sent à quatre travers de

doigt, en dehors de l'ombilic, une petite tumeur dure, arrondie, non douloureuse, de la grosseur d'une petite noix. C'est probablement la vésicule biliaire. La rate semble normale. L'estomac est dilaté.

Opération. — La laparotomie médiane me fait constater d'abord que la petite tumeur latérale est bien la vésicule distendue ; elle ne contient pas de calcul et elle me conduit vers une induration profonde occupant l'extrémité du canal cystique et la partie supérieure du cholédoque. La ponction de la vésicule évacue environ un demi-verre de liquide *citrin* à peine filant, n'ayant aucun caractère de la bile ; j'en conclus que le canal cystique était oblitéré. La vésicule évacuée, je relève le foie qui débordait les fausses côtes et j'explore cette induration. Je pratique d'abord l'acupuncture de la tumeur en tous sens pour m'assurer qu'elle ne contient pas de calculs, puis avec une sonde cannelée, je la dissocie et je constate qu'elle présente un épithelioma au centre duquel j'introduis mon index pour être certain que je ne laisse aucun corps étranger.

Elle avait bien la consistance et la friabilité d'un épithélioma. Le pancréas et le duodénum sont intacts. Pas d'adénopathie. Dans ces conditions, je ponctionne d'abord le canal hépatique qui présente le volume du petit doigt et je le vide d'une certaine quantité de bile et je me décide à faire une hépatico-gastrostomie. Incision verticale du canal hépatique ; écoulement d'une quantité de bile considérable, qui est reçue sur des compresses et qui remplit le champ opératoire. Cet écoulement dure plusieurs minutes et se reproduit même plusieurs fois pendant l'opération qui va suivre. La face antérieure de l'estomac, très facilement mobile, est incisée verticalement dans l'étendue d'environ 2 centimètres et je me mets en devoir de faire l'anastomose du canal hépatique avec cette face antérieure, en suivant exactement les règles que nous suivons pour la gastroentérostomie. Malheureusement, la paroi de ce canal hépatique est mince et friable ; malgré l'emploi des aiguilles rondes et tout le soin que j'y peux mettre, le fil coupe la paroi et la bile vient gêner nos manœuvres. Malgré cela, je finis par effectuer les deux plans de suture. Dès que l'anastomose est faite, j'ai la conviction que la traction de l'estomac sur le canal hépatique ne permettra pas à ma suture d'être efficace. Je passe alors de chaque côté, dans l'épiploon gastro-hépatique, deux fils qui suspendent la paroi antérieure de l'estomac et qui prolongent ainsi les points de suture anastomotiques.

Drainage au moyen d'une mèche mise à la partie inférieure au-dessous et loin de ma suture ; la mèche est enlevée au bout de quarante-huit heures et jusqu'au cinquième jour tout marchait à souhait.

En ce moment, les selles étaient colorées par la bile, mais un écoulement biliaire se produit par l'ancien trajet de la mèche, cet écoulement augmente, les jours suivants il est très abondant, les matières sont cependant encore colorées au 21 juillet. A partir de cette époque la bile passe en plus grande quantité par la plaie, la malade maigrit, perd l'appétit et se cachectise progressivement et profondément.

Elle sort de l'hôpital le 7 septembre sur la demande de sa famille ; je ne doute pas qu'elle ait succombé quelques jours après.

Si je me trouvais de nouveau en face d'un cas de ce genre j'agirais d'une façon plus radicale et je tenterais l'*ablation du néoplasme* dont l'étendue dans ces deux cas me paraissait justifier une pareille intervention, puis j'*implanterais le bout central du canal hépatique* non pas dans l'estomac, mais plutôt dans l'intestin grêle dont le maniement serait plus facile et dont le contenu aurait peut-être moins de tendance à corroder les sutures. En tout cas j'aurais soin de bien suspendre l'intestin de chaque côté de mon anastomose pour éviter toute traction.

Comme je vous le disais, je crois que ces interventions sur le canal hépatique sont rarement indiquées; peut-être après une *cholécystectomie* la récidive d'une lithiase biliaire et d'un rétrécissement du canal cholédoque pouvait forcer a recourir à ce mode de dérivation biliaire. On aurait alors des succès thérapeutiques plus encourageants que ceux qui sont fournis à nos opérations pour néoplasme des voies biliaires.

Rapports.

Névralgie du nerf maxillaire inférieur droit datant de trois ans. Résection du nerf maxillaire supérieur. Guérison constatée sept ans après l'intervention, par M. GERVAIS DE ROUVILLE, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Rapport par M. E. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé de faire un rapport sur une observation qui vous a été adressée par M. Gervais de Rouville ; je saisis l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Potherat sur la résection du nerf maxillaire supérieur, pour vous communiquer cette observation dans laquelle la guérison vient d'être contrôlée sept ans après l'intervention.

M. de Rouville n'a pas vu le nerf avant de le sectionner comme le recommandent MM. Guinard et Potherat ; il n'a pas eu à réséquer le tubercule d'insertion du muscle ptérygoïdien externe qui n'était pas saillant ; il n'a pas curetté la fosse ptérygo-maxillaire. Il a pratiqué l'opération classique décrite par Segond, et voici son observation :

Le nommé B..., soixante et un ans, propriétaire, de constitution très vigoureuse, neuro-arthritique, a toujours joui d'une santé parfaite ; il accuse seulement quelques douleurs sciatiques gauches, datant de plusieurs années et apparaissant à de longs intervalles, quand le temps

devient humide. Ni alcoolisme, ni syphilis; pas de paludisme. Tous les organes sont sains; urines normales. Rien à signaler du côté de ses antécédents héréditaires.

Il y a trois ans, il a commencé à souffrir des dents de la mâchoire supérieure du côté droit; c'était d'abord une sensation d'agacement quasi-continu, parfaitement compatible avec la vie normale. Mais bientôt apparurent des élancements douloureux dans tout le côté droit de la face, mais localisés principalement dans la sphère du maxillaire supérieur. Ces douleurs se localisèrent de plus en plus au niveau des dents de la mâchoire supérieure du côté droit; aussi le malade se fit-il arracher successivement toutes les dents correspondantes, jusqu'à la canine exclusivement. Après chaque avulsion dentaire, un calme relatif se produisait, mais de courte durée, et le malade ne tardait pas à être repris de crises névralgiques atroces, apparaissant sans cause appréciable, le jour et la nuit, séparées les unes des autres par des intervalles de repos de moins en moins prolongés.

Il eut recours, cela va sans sans dire, à toutes les ressources de la thérapeutique médicale, mais sans succès. C'est alors, qu'obligé d'interrompre toute occupation, en proie à des crises presques subintrantes d'élancements douloureux empêchant tout sommeil, et ayant déjà déterminé un certain degré d'amaigrissement, le malade, à bout de forces morales, me fut amené par ses deux fils, décidé à en finir avec cette situation intolérable et à se soumettre à toute intervention jugée nécessaire.

Je l'examinai en **août 1898** et le trouvai dans l'état suivant : les crises douloureuses sont pour ainsi dire subintrantes ; elles sont localisées au nerf sous-orbitaire et à toute l'étendue de la région dentaire supérieure droite ; elles sont spontanées et éclatent sans que rien n'en fasse prévoir l'apparition. La physionomie du malade est caractéristique : sa face est grimaçante et les muscles de la moitié droite sont secoués de mouvements convulsifs se succédant avec une très grande rapidité.

La pression digitale exercée au niveau du sous-orbitaire ne paraît pas exagérer la douleur, et le malade éprouve, au contraire, un certain soulagement à comprimer énergiquement la région faciale droite avec un mouchoir qu'il tient constamment en contact avec elle.

Rien du côté de l'œil droit ; pas de troubles trophiques. La zone gingivale supérieure droite est édentée jusqu'à la canine exclusivement ; a pression digitale de la muqueuse à ce niveau semble exagérer les douleurs ; la mastication est, de ce fait, très difficile. Pas de trismus. Le sus-orbitaire est indolent, ainsi que toute la région de la pommette, dont la sensibilité est normale.

La localisation presque exclusive des douleurs au niveau de la région gingivale supérieure droite, m'engage à proposer au malade la résection du rebord alvéolaire correspondant, et ma proposition est acceptée. Je pratique l'opération de Jarre et je fais l'incision de la muqueuse et du périoste recouvrant les parties du bord alvéolaire à réséquer, la résection de la partie dénudée du bord alvéolaire, et la régularisation de la surface osseuse par rugination.

Aucune amélioration ne suit cette intervention, et les douleurs persistent, toujours aussi violentes. Cinq jours se passent ainsi, et le malade réclamant de plus en plus un soulagement à ses souffrances, je propose et exécute la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion par la voie temporale. Je n'insiste pas sur le manuel opératoire, aujourd'hui classique, de l'opération de Lossen-Braun modifiée par Segond, que j'ai exécuté point par point. Je ferai seulement les deux remarques suivantes : 1° l'hémorragie a été insignifiante, et le champ opératoire facilement maintenu étanche par le simple tamponnement intermittent avec des tampons aseptiques ; 2° malgré cela, et bien qu'il n'existât pas de crête osseuse limitant en avant la surface d'insertion du muscle ptérygoïdien externe sur la face zygomato-temporale du sphénoïde, il ne m'a pas été possible de voir le nerf que j'ai dû sectionner en quelque sorte « au jugé » sur le crochet à strabisme ; une simple traction avec une pince à griffes sur le sous-orbitaire, préalablement mis à nu, suffit à attirer ce nerf hors de son conduit avec la plus grande facilité.

Les suites opératoires furent très simples. A noter, cependant, un petit abcès qui se développa au niveau de la partie antérieure de mon lambeau, et qui guérit rapidement après l'ablation des deux fils de suture correspondants. Les crises de douleurs paroxystiques disparurent immédiatement après l'intervention, et seul persista quelque temps un endolorissement de la région malaire, que j'attribuerai volontiers aux phénomènes inflammatoires dont cette région fut le siège.

J'ai, depuis, revu le malade à différentes reprises : il n'a jamais éprouvé de gêne dans les mouvements de la mâchoire ; il existe un très léger degré d'abaissement de l'arc zygomatique ; le jeu des paupières est normal ; mais il existe un larmoiement assez abondant et continu au niveau de l'œil droit. La zone malaire est insensible à la piqûre ; insensibilité de la région correspondante à la portion réséquée du rebord alvéolaire et de la partie correspondante de la voûte palatine ; le voile du palais est resté sensible.

Revu en **avril 1901**, B... est en parfaite santé ; il a, me dit-il, augmenté de 5 kilogrammes, mais il me raconte que, de temps en temps, il éprouve au niveau de la région gingivale supérieure droite, de petits élancements très fugitifs, durant une seconde à peine, et provoqués per la mastication.

Je l'envoie à Néris où il passe un mois. Je ne le revois qu'en **janvier 1902** ; sa guérison se maintient parfaite ; les petits élancements dont il se plaignait en avril ont disparu. Enfin, le **15 décembre 1903**, B... m'écrit pour me donner de ses nouvelles. « Il va parfaitement au physique et au moral. »

M. de Rouville m'a écrit le 6 mars qu'il venait de revoir son opéré dont la guérison se maintenait complète, et cela six ans et sept mois, c'est-à-dire bien près de sept ans après l'intervention.

Je saisis cette occasion, Messieurs, pour vous rappeler que

voilà plusieurs années que M. de Rouville brigue l'honneur de devenir membre correspondant de notre Société, et que les travaux qu'il vous adresse toujours plus nombreux le recommandent de plus en plus à vos suffrages.

Obstruction intestinale par calcul biliaire. Ablation du calcul par entérotomie. Guérison. Observation et calcul présentés par M. le docteur MICHON, *chirurgien des hôpitaux.*

M. POTHERAT, rapporteur.

Ce rapport, Messieurs aurait dû vous être présenté il y a longtemps, et je m'en excuse. Heureusement, le sujet auquel il a trait est toujours d'actualité, et le retard apporté ne diminuera en rien la valeur de l'observation de M. Michon, ni les félicitations qu'elles lui mériteront certainement de votre part.

L'obstruction de l'intestin par de gros calculs biliaires et les conséquences redoutables qui s'ensuivent est un accident bien connu depuis surtout ces quinze dernières années.

Les faits cependant ne sont pas très nombreux tant s'en faut. Dagron, dans sa thèse (Paris 1891) n'a pu réunir qu'un tout petit nombre de cas et les bulletins de la Société de chirurgie ne nous en offrent que bien peu d'exemples. J'y trouve, en effet en les parcourant un fait de Routier en 1900, un fait du docteur Reymond en 1902, fait simplement énoncé, car le rapport n'a pas été publié, et en 1903 un fait du docteur Mordret, du Mans, qui n'a pas non plus été rapporté encore et c'est tout. C'est peu ainsi que vous le voyez. C'est pourquoi, Messieurs, il est bon de faire connaître jusqu'en leurs détails, les cas bien étudiés, bien suivis, bien observés qui nous sont présentés. Et à cet égard vous allez voir que le cas de notre jeune collègue M. Michon, soit au point de vue du diagnostic, soit aupoint de vue de la décision chirurgicale suivie d'exécution et de succès, ne laisse rien à désirer.

La malade était une femme de 62 ans. Entrée dans mon service de la maison municipale de santé, dont j'étais alors le chirurgien, le 2 mars 1903, dans la journée, elle fut opérée le soir même par M. Michon, appelé en qualité de chirurgien de garde.

Le passé hépatique de cette femme, « passé qui d'ailleurs ne fut bien élucidé que quelques jours après, car l'état général de cette malade était assez grave le jour de son admission pour qu'il ne fût pas possible d'en tirer beaucoup de renseignements était assez net.

Je laisse de côté un ictère émotif qui serait survenu à l'âge de 18 ans, et qui aurait guéri en trois semaines sans avoir provoqué aucune douleur.

Jusqu'à l'âge de 47 ans, c'est-à-dire 15 ans avant les accidents actuels, le foie est parfaitement silencieux. A ce moment survint une crise violente de douleurs à l'épigastre avec vomissements abondants et verdâtres, mais sans ictère, sans décoloration des selles et sans irradiation douloureuse soit vers l'épaule droite, soit vers la vessie, et sans pollakurie.

Quelle était la cause réelle de cette crise ? On ne sût. Une piqûre de morphine fit rapidement cesser les accidents et tout marcha bien pendant 18 mois. A cette date nouvelle crise semblable à la première et se terminant de même façon, puis d'autres crises se reproduisent à des intervalles variant de 12 à 18 mois, toujours sans ictère, et sans troubles urinaires jusqu'en 1901.

A partir de 1901, les crises deviennent très fréquentes ; elles se répètent parfois tous les quinze jours. Ce sont toujours des crises de vomissements et de douleurs violentes ; mais celles-ci ne se localisent plus au creux épigastrique ; leur lieu d'élection est le flanc droit très nettement. Tantôt la crise s'accompagne de constipation, tantôt il y a de la diarrhée. Mais fait à noter l'ictère persiste à faire défaut. Nous arrivons ainsi jusqu'à la période des derniers accidents.

Ceux-ci avaient éclaté 8 jours avant le 2 mars. Ce sont comme toujours de violentes douleurs au niveau de l'hypocondre droit, des vomissements d'abord alimentaires puis aqueux, enfin bilieux, verdâtres. Mais en même temps un phénomène nouveau apparaît ; c'est l'arrêt des matières fécales et des gaz ; arrêt d'abord absolu. Des lavements purgatifs avaient dans les jours suivants amené un peu de matières fécales. Mais l'occlusion redevint vite absolue. Elle était complète depuis plusieurs jours quand la malade fut apportée dans mon service.

A ce moment elle était assez prostrée, répondait mal aux questions, mais continuait à souffrir et à vomir. Les vomissements de bilieux sont devenus fécaloïdes. La température est à 37°3, mais le pouls, assez bien frappé encore, est à 108 par minute. Le ventre est peu ballonné les flancs sont peu distendus, le gros intestin doit être vide, nous dit M. Michon dans son observation. Partout le ventre est sonore à la percussion même dans les points les plus déclives. Nulle part d'empâtement, de tumeurs, de corps dur. Le foie n'est pas sensiblement augmenté de volume la vésicule biliaire n'est pas perceptible, ni douloureuse. Rien d'anormal n'est révélé par le toucher vaginal ou le toucher rectal.

Je rappelle que la malade, de même que dans toutes les crises

antérieures, récentes ou anciennes n'offre *pas trace d'ictère.*

Dans ces conditions, il était semble-t-il, bien difficile de porter un diagnostic précis. Mais l'occlusion intestinale était certaine, et M. Michon n'hésita pas à l'attribuer à la présence d'un calcul biliaire, je vous dirai plus loin pourquoi, et à pratiquer une laparotomie médiane, dans la position légèrement renversée. Le ventre ouvert, M. Michon tout naturellement, va rechercher le cæcum, afin d'atteindre la fin de l'iléon, il part de ce point et remonte de proche en proche vers l'origine de l'intestin grêle, en dérivant celui-ci qu'il rentre au fur et à mesure qu'il le parcourt des yeux et des doigts.

Cette manœuvre est bientôt couronnée de succès. A 8 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, l'intestin est fortement contracté sur un corps très dur. En outre, le conduit intestinal flasque et rétracté en aval est dilaté en amont. C'est bien là l'obstacle. Par des pressions douces, M. Michon se rend compte que cet obstacle ne fait pas partie intégrante des parois intestinales, car on peut le faire cheminer ; l'anse intestinale ne présente pour toute lésion qu'un peu de vascularisation anormale. Le diagnostic de M. Michon reçoit une éclatante confirmation.

Le parti de notre collègue est bien vite pris, il isole l'anse à l'aide de compresses aseptiques, assure la coprostase par les doigts de son aide, puis il incise l'intestin sur son bord libre. Il sort alors, le calcul biliaire que voici, et referme l'intestin par un double plans de sutures, plan musculo-muqueux, et plan séro-séreux.

Il fait enfin une toilette soigneuse du péritoine et ferme l'abdomen en laissant un drain dans l'angle inférieur de la plaie. Le tont avait duré trente-cinq minutes.

Malgré des escarres fessières assez importantes qui survinrent secondairement et qui n'ont rien à voir évidemment avec le traitement mis en œuvre, la malade guérit parfaitement. Les accidents d'occlusion avaient trés rapidement cessé ; dans la nuit même, c'est-à-dire quelques heures seulement après l'intervention, la malade allait deux fois à la garde-robe.

Le calcul extrait et que voici, mesurait 3 cent. 5 de longueur sur 2 cent. et demi de large et 2 centimètres d'épaisseur. Il est formé chimiquement de cholestérine et de pigments biliaires.

Telle est, Messieurs, cette observation de M. Michon.

Elle est intéressante à bien des titres. La malade a guéri malgré une intervention faite au huitième jour d'une occlusion. Mais celle-ci n'avait pas été absolue pendant ces huit jours; elle avait été un peu atténuée par quelques émissions provoquées par les

lavements purgatifs. C'était une *occlusion discontinue* suivant l'expression de MM. Kirmisson et Rochard.

En second lieu, M. Michon, avait à l'avance porté le diagnostic d'occlusion par calcul biliaire et on ne saurait trop le féliciter de cette précision. Il nous dit qu'il s'est fondé pour porter ce diagnostic sur l'âge et le sexe de la malade, le peu de ballonnement de l'abdomen, les vomissements bilieux abondants ayant précédé les vomissements fécaloïdes, les crises antérieures enfin, malgré l'absence d'irradiations douloureuses vers l'épaule, malgré aussi l'absence totale d'ictère, au cours de ces crises.

Ces caractères, en effet, pouvaient être invoqués en faveur du diagnostic d'occlusion par calcul biliaire, et M. Michon les a sagement invoqués puisque l'événement lui a donné raison; mais il faut bien avouer que plus d'un eût pu ne pas être aussi affirmatif, en l'absence de point douloureux haut situé dans l'abdomen, en l'absence surtout de tout passé ictérique. Le mérite de M. Michon n'en est que plus évident.

Que dire de la conduite suivie par notre collègue. Elle a été parfaite de tous points. Elle a été suffisante et nécessaire, suffisante puisqu'elle a amené la cessation immédiate de tous les accidents actuels et qu'elle a empêché le retour d'accidents analogues à ceux éprouvés antérieurement. Car non seulement cette malade a guéri de son occlusion, mais elle n'a pas vu reparaître les crises de douleurs et de vomissements qu'elle avait antérieurement si souvent éprouvées et qui étaient évidemment déterminées par la migration du calcul biliaire.

Nécessaire, car il est hors de doute, que cette malade abandonnée à l'évolution spontanée du calcul eut succombé avant que l'évacuation de celui-ci n'eût pu être réalisée.

Ce fait pathologique que je vous ai rapporté dans tous ses détails fait, Messieurs, le plus grand honneur à notre collègue, M. Michon. Il témoigne hautement de sa sagacité clinique, de sa prompte décision, de son habileté opératoire. Je vous propose, Messieurs, d'adresser à notre jeune collègue, nos remerciements, de déposer son travail dans nos Archives, et de prendre bonne note de son nom pour le jour où une place de membre titulaire de notre Société deviendra vacante.

Des rétrécissements tardifs de l'intestin, consécutifs à l'étranglement herniaire, par M. Souligoux.

Rapport par M. LEJARS.

A la suite d'une hernie étranglée, réduite par la kélotomie ou encore par le taxis, des accidents d'occlusion peuvent survenir, à une date variable, et par un mécanisme variable aussi; ils répondent à trois périodes et peuvent se diviser en trois catégories : immédiats, ils représentent ce qu'on est convenu d'appeler l'étranglement prolongé et succèdent, en particulier, aux divers types de fausses réductions; lorsqu'ils ne paraissent qu'à une époque plus éloignée de l'intervention, et après que le rétablissement du cours des matières et la cessation des phénomènes d'arrêt stercoral ont pu faire croire à une guérison franche et assurée, ils reconnaissent une pathogénie différente, assez complexe, d'ailleurs, mais que l'on peut résumer par le terme de rétrécissement de l'intestin, sous la réserve toutefois que la dénomination soit entendue dans son sens le plus large, et qu'elle comprenne aussi bien les rétrécissements extrinsèques, et leurs multiples variétés, que les sténoses pariétales proprement dites. Or, de ces rétrécissements intestinaux, consécutifs aux étranglements, un certain nombre sont précoces, se révèlent de bonne heure, quelques semaines après l'étranglement initial et la guérison apparente de l'opéré : les exemples n'en sont pas très rares, et, d'autre part, le diagnostic en est facile, et l'on rattache tout naturellement, en général, les accidents abdominaux du moment aux accidents herniaires de la veille. Il n'en est plus de même lors des *rétrécissements tardifs*, ou pour mieux dire, de ceux qui ne se manifestent qu'au bout d'un laps de temps plus ou moins long, plusieurs mois, parfois plusieurs années, et cela, d'autant mieux qu'ils ne s'annoncent pas toujours par certains désordres prémonitoires et progressifs, mais qu'ils peuvent s'accuser brusquement par une occlusion aiguë. Cette évolution même et les difficultés qu'elle peut susciter au diagnostic donnent à cette variété de rétrécissements intestinaux tardifs, post-herniaires, un intérêt tout spécial.

Notre collègue des hôpitaux, M. le Dr Souligoux, nous a présenté une observation de ce genre, observation heureuse et complète, puisque le malade fut opéré et guérit, et que, au cours de l'intervention, le type de l'étranglement interne fut exactement relevé.

Il s'agissait d'un homme de vingt-huit ans, entré à l'hôpital Lariboisière le 2 juillet 1903, pour des accidents « d'occlusion intestinale intermittente ». Le 20 février précédent, soit quatre

mois avant, il avait été opéré, dans le même service, d'urgence, d'une hernie inguinale droite étranglée : c'était une hernie congénitale; le sac contenait, avec du liquide trouble, une anse grêle de 15 centimètres, très tendue, d'un rouge ecchymotique, qui parut assez peu malade, cependant, pour pouvoir être réduite, après la section d'un anneau d'étranglement extrêmement serré. La guérison eût lieu sans incident, et l'opéré sortait le 15 mars.

On ne nous dit pas, et la chose est regrettable, au bout de combien de temps se montrèrent les premiers troubles intestinaux; nous savons seulement qu'à plusieurs reprises des accidents d'occlusion passagers s'étaient produits, accompagnés, au dire du malade, de vomissements fécaloïdes. Dès le lendemain de son admission nouvelle à l'hôpital, ces vomissements reparaissaient, bien que le ventre fût un peu météorisé. Le malade était très amaigri et très pâle. M. Souligoux intervint aussitôt. Sous le chloroforme, le ventre s'était aplati, mais on trouvait, à la pression, sur la partie médiane, une sorte de bruit, de flot et de clapotement analogue à celui de l'estomac dilaté. La laparotomie médiane fut pratiquée, et la main ramena, de la fosse iliaque droite, un paquet d'intestin grêle, qui présentait la disposition suivante : le bout afférent, très dilaté, mesure un diamètre triple de celui de l'intestin normal; il se continue par un segment rétréci, au niveau duquel on ne fait passer les liquides qu'avec beaucoup de difficultés; au-dessous de ce rétrécissement, l'intestin, très diminué dans son calibre, décrivait une courbe d'environ 20 centimètres et venait ensuite se fixer, se souder au rétrécissement, puis continuait, libre d'adhérences, son trajet efférent. Au point de coalescence des deux bouts de l'anse, une large membrane fibreuse rattachait le sommet de la vessie.

On commença par sectionner les adhérences vésicales ; puis on se mit en devoir de décoller les deux bouts intestinaux, ce qui n'alla pas sans une courte perforation de 2 millimètres au niveau de la zone rétrécie. Il ne s'écoula pas, d'ailleurs, de matière fécale par cet orifice, qui fut immédiatement fermé par deux plans de sutures. M. Souligoux réunit alors, par une entéro-anastomose large, les deux bouts d'intestin, à distance suffisante du segment étranglé, et l'opération fut, de la sorte, terminée. Elle eut des suites toutes normales et la guérison fut rapide.

« Il nous semble, ajoute brièvement notre collègue, que le mécanisme est facile à établir : l'anse étant très fortement serrée au niveau de l'anneau, il s'est produit au niveau de son bout afférent un travail de nécrose, partant vraisemblablement sur la muqueuse et la musculaire, et, comme conséquence, un rétrécis-

sement très serré en ce point. De plus, le péritoine a dû être dépouillé de son endothélium, ce qui a permis une adhérence entre ces deux points. »

En réalité, le mécanisme de ces occlusions tardives est assez complexe et la sténose cicatricielle du collet, au niveau du bout afférent, en fournit une explication évidemment simple et séduisante, mais qui ne s'applique, à proprement parler, qu'à un nombre de cas restreint. Dans le fait même que nous venons de rapporter, les causes mécaniques de l'occlusion étaient multiples, et comportaient, non seulement le rétrécissement, assez long, du bout supérieur, mais la bride fibreuse intestino-vésicale sous laquelle passait le bout inférieur, l'adhérence de ce dernier bout à la zone rétrécie, la disposition en anse de la portion intermédiaire, toute prête à se distendre par stagnation et à se fermer complètement, par coudures, à ses deux extrémités. On peut rapporter à trois types principaux les modes mécaniques de ces occlusions tardives, consécutives à l'étranglement herniaire : 1° les *compressions intérieures, par adhérences et par brides*, et de formes anatomiques très diverses ; 2° les *rétrécissements intrinsèques*, occupant la paroi même de l'intestin, et de longueur variable; 3° les *variétés mixtes*, qui résultent de la combinaison de ces deux ordres de lésions, et qui sont peut-être les plus fréquentes.

Au premier type, aux rétrécissements « extrinsèques », doivent être rattachés d'abord les adhérences à la paroi abdominale et les coudures consécutives ; les étranglements par brides épiploïques restées adhérentes au collet du sac; enfin les coudures « en canon de fusil » dont Nicaise, en 1880, publiait, ici-même (1), un curieux exemple. Il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans, opéré, cinq ans plus tôt, d'une hernie inguinale droite étranglée ; « depuis ce temps, il était fréquemment sujet à des vomissements et à de la diarrhée, il éprouvait des coliques atroces qui se montraient brusquement ». Les accidents étaient ceux de l'occlusion aiguë, lorsque Niçaise l'opéra : l'entérotomie de Nélaton fut pratiquée, et suivie de mort le lendemain. La pièce recueillie à l'autopsie, et figurée dans la *Revue de chirurgie* (2), est constituée par une anse grêle, infléchie en S et composée d'un bout supérieur, dilaté en ampoule, qui se continue, au niveau d'une coudure profonde, avec un bout inférieur, formant lui-même une petite anse « dont

(1) Nicaise. Rétrécissement de l'intestin grêle par adhérence des deux portions d'une anse. Symptômes d'occlusion à la suite d'un purgatif. Entérotomie. Mort. *Bull. et mém. Soc. de Chir.*, t. VI, 1880, p. 582.

(2) Nicaise. Sur une variété de rétrécissement de l'intestin consécutif à un étranglement herniaire. Rétrécissement par adhérence des deux portions d'une anse. *Revue de chirurgie*, t. I, 1881, p. 257.

les deux parties étaient adhérentes entre elles, en même temps qu'à l'ampoule ». La disposition est assez exactement celle de l'intestin grêle à son abouchement cæcal : « le bout inférieur représente l'intestin grêle, et le bout supérieur, le cæcum ». L'ampoule est de paroi très épaissie, et cet épaississement remonte très haut, jusqu'à plus de $1^{m}50$; de plus, le contenu de cette ampoule vaut d'être rappelé : à part une grande quantité de graines et de pépins de raisins, etc., elle renfermait encore « sept noyaux de prune, six os de pieds de mouton et une vertèbre cervicale de poulet » ; et cette abondance du contenu montre bien que le barrage existait depuis longtemps.

Cette soudure en U, persistante, des deux moitiés de l'anse peut donner lieu, en se multipliant, en quelque sorte, à des formes anatomiques encore plus complexes. Dans un cas relaté, en 1904, par M. Baisch (1), et provenant de la clinique de M. le professeur Czerny, on trouva, tout à la fois, une bride épiploïque, fixée au collet du sac et comprimant une anse grêle, et, au-dessous de cette anse, un conglomérat d'intestin, enveloppé d'adhérences et formé de multiples segments en U, soudés par des brides fibreuses; il y avait là un mètre et demi d'intestin grêle, pelotonné, infléchi, agglutiné en une série de volutes : il semblait très vraisemblable que les segments successifs de ce long bout grêle avaient pénétré, chacun à leur tour, dans le sac herniaire, y avaient subi un étranglement passager, et, réduits spontanément, étaient restés adhérents. Le malade n'avait jamais eu, en effet, d'étranglement herniaire vrai, il n'avait jamais subi de kélotomie, et le fait vaut d'être noté, car il démontre que les rétrécissements intestinaux dont nous parlons peuvent survenir même à la suite des hernies dites libres, mais très anciennes.

Ajoutons encore que les coarctations annulaires étroites, uniques ou doubles, que l'on attribue tout naturellement à la rétraction, cicatricielle des ulcérations muco-musculaires du collet, relèvent, beaucoup plus souvent, elles aussi, d'une compression extérieure, de la striction exercée par la cicatrice péritonéale circulaire, qui succède à la nécrose, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement de la tunique séreuse. L'intestin est alors enserré tout autour comme par une ligature, et les tuniques internes, refoulées, figurent un relief circulaire, en valvule, dans sa cavité.

En regard de ces rétrécissements périphériques, il convient de placer les rétrécissements *intrinsèques*, occupant la paroi même de l'intestin, et constitués pas l'épaississement fibreux et la

(1) B. Baisch. Beitrag zur Kasuistik der Darmstenose nach Brucheinklemmung. *Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1904, Bd XLII, 2, p. 368 (obs. 5, p. 381, et fig.).

rétraction cicatricielle de toutes ses tuniques, spécialement des tuniques muco-musculaires. Ces rétrécissements proprement dits peuvent être anodins, mais, ailleurs, ils figurent une virole plus ou moins longue, et qui mesure jusqu'à 7 et 10 centimètres. Ceux-là procèdent d'une nécrose étendue de l'anse herniée, qui n'a point été jusqu'au sphacèle complet, et s'est jugée, non par une perforation, mais par une destruction ulcéreuse des couches internes de l'intestin suivie d'une rétraction cicatricielle, de pareille longueur. Bien que se rapportant à un rétrécissement précoce, un fait, bien connu, de M. Garré (1) témoigne nettement de ce processus : il a trait à un homme de vingt-cinq ans, opéré d'une hernie inguinale gauche, pro-péritonéale étranglée, à la clinique de M. von Bruns; six semaines après, le malade revenait avec des accidents d'occlusion incomplète; la laparotomie est pratiquée : on trouve un conglomérat d'anses grêles, adhérentes à la paroi, et qu'on libère en partie, à l'exception des deux derniers segments, trop intimement accolés, qu'on résèque; on termine par l'entérorraphie. L'opéré guérit. La portion réséquée mesure 41 centimètres : elle est en Z, entourée de brides et de plaques fibreuses; la portion afférente est colossalement distendue, elle a 12 centimètres de long; la portion efférente, de 15 centimètres, est de calibre normal; quant au segment intermédiaire, de 7 centimètres, il est rétréci au point qu'une sonde y passe seule; sa paroi, épaisse de 1 1/2 à 3 centimètres, est entièrement formée d'un tissu fibreux, dans lequel on ne reconnaît plus les diverses tuniques intestinales : la face interne est occupée par une vaste ulcération.

Nous avons dit plus haut que les formes mixtes étaient très fréquentes, et dans l'observation de M. Souligoux, les accidents reconnaissaient précisément ce mécanisme complexe.

Quant à la pathogénie de ces diverses lésions — persistantes — de l'anse étranglée, elle se réfère à deux facteurs principaux : la péritonite locale, d'une part, et de l'autre, les nécroses plus ou moins profondes et plus ou moins étendues de la paroi intestinale. Sans entrer dans le détail, nous devons rappeler la part prédominante qui revient aux lésions mésentériques dans la production de ces nécroses de l'intestin. M. Maas (2) avait déjà démontré expérimentalement qu'il suffit d'une compression exercée pendant deux ou trois heures sur les vaisseaux mésentériques, pour produire des destructions étendues de la muqueuse intes-

(1) Garré. Ueber eine eigenartige Form von narbiger Darmstenose nach Brucheinklemmung. *Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1892, Bd IX, 1, p. 187.

(2) Maass. Ueber die Entstehung von Darmstenose nach Brucheinklemmung. *Deutsche medic. Woch.*, 1895, n° 23.

tinale correspondant et des sténoses consécutives. Plus récemment M. Schloffer (1) a pu obtenir ces ulcérations et ces rétrécissements, en sectionnant le mésentère tout près de l'intestin, sur une longueur variable de 2 à 5 centimètres. Il y a là une notion importante à retenir, et l'état du mésentère, dans les hernies étranglées, vaut d'être relevé avec soin ; alors même que l'anse est encore lisse et polie et d'apparence indemne, si le pédicule mésentérique est très infiltré, épais, friable, fissuré, il y a lieu de prévoir que les lésions endo-intestinales sont beaucoup plus profondes qu'on ne le croirait à l'inspection extérieure, et d'en tirer toutes conclusions utiles, en particulier, que des accidents ultérieurs de rétrécissement sont ultérieurement à redouter.

Mais pourquoi ces occlusions secondaires sont-elles rares, en somme, alors que les lésions pariétales de l'anse étranglée sont d'une fréquence bien connue ? Cette question s'est présentée naturellement à l'esprit des chirurgiens qui ont étudié les sténoses intestinales d'origine herniaire. Dans un mémoire de 1903, M. Haasler (2) rappelait qu'à la clinique de Halle, en douze ans, aucun exemple d'une occlusion de ce genre n'avait été observé, mais que, par contre, aux autopsies, on rencontre assez fréquemment de ces rétrécissements intestinaux chez les hernieux, rétrécissement sannulaires ou canaliculés, et il citait le cas d'un homme de soixante-quatre ans, mort de pneumonie quelques jours après la réduction spontanée d'une hernie qui avait paru étranglée : à l'autopsie, on découvrit l'anse correspondante, présentant tous les caractères d'une striction récente, et une autre anse grêle, de 12 centimètres, rétrécie, à paroi épaisse et pigmentée, non distensible par un courant d'eau, et qui figurait une coarctation en virole, évidemment ancienne et relevant d'un étranglement antérieur. Nous avons aussi, à plusieurs reprises, trouvé fortuitement à l'autopsie, chez des hernieux, de ces rétrécissements de l'intestin, sous forme d'anneaux blanchâtres, plus ou moins larges, souvent doubles et séparés par une anse intermédiaire encore distincte du reste de l'intestin ; dans une grosse hernie ombilicale, nous nous souvenons d'avoir rencontré un de ces rétrécissements, des plus nets, suffisamment perméable, toutefois, pour que le passage du contenu intestinal se fît librement, d'un côté à l'autre, après le débridement ; et, dans ces conditions, la terminaison rapide de la kélotomie étant de nécessité vitale, il nous parut permis de réduire purement et simplement. De ces faits, on est donc autorisé à conclure que le rétrécissement de l'intestin — j'entends le rétré-

(1) Schloffer. Ueber Darmstrikturen nach Unterbrechung der mesenterialen Blutzufuhr. *Mitteil a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir.*, 1905. Bd XIV, 3, p. 251.
(2) Haasler. Ueber Darmstenose. *Archiv f. klin. Chir.*, 1903. Bd LXXI, p. 652.

cissement proprement dit — est, en réalité, beaucoup moins rare qu'on ne pourrait le penser, d'après le nombre, relativement peu élevé, des cas qui se révèlent en clinique, et donnent lieu, plus ou moins tard, à des accidents d'occlusion aiguë ou chronique. Mais, comme le faisait remarquer M. Haasler, grâce aux propriétés très actives de régénération de la muqueuse intestinale, et aussi, pourrait-on dire, à la facilité d'accommodation secondaire du tube intestinal, ces sténoses se modifient, s'élargissent, et « s'arrangent » ultérieurement, et, tout en restant bien marquées, ne donnent pas lieu à des désordres appréciables du fonctionnement de l'intestin.

Dans le cas contraire, lorsqu'ils ont une histoire clinique, les rétrécissements intestinaux d'origine herniaire, tardifs, car ceux-là seuls nous occupent ici, ne se manifestent assez souvent qu'à une date lointaine, et alors, parfois, que l'étranglement initial est presque oublié ; il convient de noter, en effet, que cet étranglement causal ne s'est pas toujours terminé par une kélotomie, mais quelquefois par un simple taxis, et que, dans quelques autres observations, il s'agissait d'une hernie ancienne qui n'avait jamais donné lieu à des accidents d'irréductibilité prolongée. C'est au bout d'un certain nombre de mois, assez souvent, de plusieurs années, que l'occlusion secondaire éclate ; dans le fait de Nicaise, la kélotomie datait de cinq ans ; elle remontait à quatorze ans, dans un autre, de M. Baisch (1) ; une hernie avait été réduite, deux ans avant, par le taxis, chez une malade de M. Jérusalem (2) ; deux taxis avaient eu lieu, l'un à sept ou huit ans de là, l'autre à cinq ou six ans, chez une femme de soixante-seize ans, dont l'observation a été publiée par MM. Delore et Jacob (3). Ces iléus tardifs surviennent parfois brusquement, et comme un accident que rien ne faisait prévoir, et ce n'est qu'au cours de l'interrogatoire détaillé du malade, assez souvent même après l'opération, que l'on découvre leur corrélation avec une hernie ancienne ; d'autres fois, ils sont préparés, en quelque sorte, par des désordres intestinaux plus ou moins accusés, de la constipation, des douleurs, du ballonnement, des crises d'occlusion incomplète et passagère. Toujours est-il qu'une place est à faire parmi les variétés étiologiques déjà si nombreuses de l'occlusion, à ces séquelles lointaines de la hernie.

Quant au traitement, on s'est adressé à trois types d'interven-

(1) Baisch. *Loc. cit.*, obs. 2, p. 373.

(2) Jérusalem. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Darmveränderungen nach Brucheinklemmung. *Zeitschrift f. Heilkunde*, Bd XXIII-3.

(3) X. Delore et M. Jacob. Rétrécissement intrinsèque de l'intestin grêle consécutif à un étranglement herniaire. *Lyon médical*, 6 nov. 1904, p. 699.

tion : l'entéroplastie, l'entéro-anastomose, la résection. — L'entéroplastie a été pratiquée dans quelques cas où le rétrécissement circulaire court paraissait se prêter à ce mode de restauration du calibre intestinal : les indications en doivent être assez exceptionnelles. C'est surtout entre la résection et l'entéro-anastomose qu'il y aura lieu de choisir le plus souvent : l'excision totale de la zone coarctée, suivie de l'abouchement latéral des deux bouts, reste évidemment l'intervention la plus séduisante, mais, l'opération ayant lieu d'ordinaire chez des malades en état de stercorémie plus ou moins avancée et chez lesquels il est de toute nécessité de faire vite et simplement, l'entéro-anastomose se présentera le plus souvent comme le meilleur parti à prendre. Elle a donné, comme nous l'avons dit, à M. Souligoux un très brillant résultat.

M. Paul Berger. — Les accidents d'occlusion intestinale survenant un certain temps après un étranglement herniaire sont, si mes souvenirs me servent bien, plus fréquents que M. Lejars ne semble le croire. Ces accidents sont de deux sortes : les plus communs sont dus à des causes extérieures qui compriment l'intestin, le coudent ou l'immobilisent ; les brides épiploïques, les brides fibreuses dues à des adhérences péritonéales en sont l'agent le plus ordinaire. Le cas de M. Souligoux en est un très intéressant *exemple*. Ici, le rétrécissement de l'intestin paraît n'avoir été causé que par sa rétraction portant sur la partie que la bride péritonéale partie de la vessie et étreignant l'anse intestinale rétrécie, avait en quelque sorte exclue. Les étranglements internes produits par la coudure brusque d'une anse dont les deux bouts sont restés accolés en canon de fusil double par des adhérences s'observent aussi fréquemment. Enfin on voit parfois de ces agglomérations constituées par un travail de péritonite chronique et réunissant un certain nombre d'anses intestinales en une masse impossible à dissocier et où le passage des matières est bien difficile. J'ai observé cette lésion dans une énorme hernie ombilicale, où une masse énorme d'intestin était agglomérée en un peloton par des adhérences fibreuses superficielles comme si elles avaient été recouvertes par une séreuse commune, passant d'une anse sur l'autre ; cette masse intestinale n'adhérait pas à la face interne du sac herniaire.

Quant aux rétrécissements vrais de l'intestin qui résultent de la rétraction cicatricielle consécutive à la guérison d'ulcérations portant sur l'intestin étranglé, elles se présentent comme des contractions plus ou moins étroites, plus ou moins étendues, souvent multiples et alors superposées. Je suis loin de disconve-

nir du rôle que peuvent jouer dans la production de ces ulcérations et de ces rétrécissements, les lésions mésentériques dont notre collègue a signalé avec raison l'importance. Mais on sait que les lésions ulcéreuses de l'intestin ne se limitent pas à l'anse qni est le siège même de l'étranglement, et qu'on les voit souvent se développer au-dessus de l'agent de l'étranglement, dans le bout supérieur dé l'intestin contenu dans le ventre, c'est même là que se trouve le siège d'élection des perforations tardives qui se font parfois à la suite de la réduction d'une anse intestinale qui ne paraissait pas gravement atteints par la constriction qu'elle avait subie. Les formes multiples, la disposition en chapelet qu'on a observées dans ces rétrécissements me portent à croire que les lésions de l'intestin contenu dans le ventre et particulièrement celles du bout supérieur de l'intestin, ne restent pas étrangères à leur production.

M. Terrier. — L'observation que M. Lejars a présentée nous paraît due à des adhérences dues au traumatisme. Rien n'est plus commun que ces adhérences, surtout quand les plaies suppurent. Nombre de chirurgiens ont dû faire des laparotomies pour des brides consécutives à une intervention chirurgicale du côté de l'abdomen.

Quant au rôle du mésentère, il a pour résultat la formation de troubles nutritifs du côté de l'intestin et des hémorragies intestinales tardives dues aux troubles vasculaires comme la démontré un de mes élèves Sauvé dans la *Revue de chirurgie*, 1905.

Je demanderai à M. Lejars qu'on tienne grand compte de ces accidents après l'étranglement herniaire au point de vue de la possibilité ultérieure d'un rétrécissement.

M. Tuffier. — Je crois qu'il faut bien diviser *ces rétrécissements de l'intestin*, consécutifs à des étranglements herniaires en deux variétés : les *rétrécissements vrais*, c'est-à-dire ceux qui sont dus à une perte de substance par sphacèle et ulcération de la muqueuse et les *sténoses par brides* ou par inflammation péri-intestinale *qui ne sont pas des sténoses proprement dites*.

Si je fais cette distinction, c'est non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais surtout parce que les premiers ne sont pas susceptibles de guérison spontanée tandis que les seconds peuvent guérir complètement et en voici une preuve .

J'ai opéré une femme de cinquante ans d'une hernie ombilicale volumineuse et ayant plusieurs fois été le siège d'obstruction incomplète ; la kélotomie me fit constater que le côlon transverse était dans la hernie, qu'il était enveloppé par une masse indurée

constituée par l'épiploon, rétracté et de consistance ligneuse. Devant la durée et la gravité de cette première opération, j'ai dû débarrasser l'intestin de toutes ses brides périphériques et le réduire simplement dans l'abdomen.

Les accidents d'obstruction incomplète et chronique du gros intestin s'accentuèrent au point que la malade maigrit et se cachectisa et, craignant qu'il ne se soit fait une nouvelle coudure intestinale dans l'abdomen, je l'opérai deux mois après avec le concours de M. le Pr Terrier. Nous constatâmes qu'au milieu du côlon transverse il existait une sténose d'environ 10 centimètres constituée par un épaississement de la paroi intestinale et des anciennes adhérences du grand épiploon enroulées autour de l'intestin. Le rétrécissement laissait à peine le passage du petit doigt d'un côté à l'autre, mais l'état de cachexie profonde dans lequel se trouvait la malade ne permettait pas de faire une entéroanastomose et, d'autre part, la nature inflammatoire des lésions me permettait d'espérer une guérison spontanée. Un régime sévère, le décubitus dorsal et l'immobilité de la malade pendant plusieurs mois me permirent de constater la diminution progressive de ce cylindre induré. Peu à peu les phénomènes d'obstruction disparurent et actuellement, *dix ans après l'opération,* cette femme vit en parfait état.

M. Lejars. — Je suis très heureux d'avoir provoqué ces observations. Je pense, comme M. Tuffier, qu'il convient d'établir une distinction nette entre les rétrécissements périphériques, par brides et adhérences, et les sténoses pariétales vraies, et je croyais, d'ailleurs, avoir insisté sur cette distinction nécessaire. Si j'ai présenté comme relativement rare ces rétrécissements intestinaux consécutifs aux étranglements herniaires, c'est que j'avais exclusivement en vue les rétrécissements tardifs, qui ne se manifestent qu'à une date lointaine, plusieurs années parfois, et qui, de ce fait, acquièrent, en clinique, un intérêt tout spécial. Je demanderai à M. le professeur Terrier la permission de lui répondre qu'il ne s'agissait pas, dans le cas de M. Souligoux, d'une simple compression extérieure par bride; que la kélotomie initiale, pratiquée par le chirurgien de garde, n'avait été suivie d'aucune suppuration, mais d'une guérison franche et rapide; et que d'ailleurs, si l'adhérence du sommet de la vessie à l'intestin avait sa part dans la pathogénie des accidents, le bout supérieur de l'anse était le siège d'un rétrécissement intrinsèque vrai, au sens de Tuffier; M. Souligoux mentionne même expressément dans le texte de son observation, que « ce rétrécissement était extrêmement serré au point qu'il m'était très difficile, ajoute-t-il, de faire passer le

liquide contenu de l'anse afférente, dans l'anse efférente », au cours du décollement, lorsqu'une petite perforation se produisit, elle ne donna issue à aucun liquide stercoral, car elle siégeait au niveau de cette zone rétrécie, réduite à un très minime calibre. Quant aux hémorragies intestinales consécutives aux étranglements herniaires, depuis longtemps étudiées en Allemagne, et que j'ai signalées dans ma Chirurgie d'urgence, il est bien certain qu'elles sont de nature, lorsqu'on les observe, comme dans le fait récemment publié par M. Sauvé, à faire prévoir un processus d'ulcération étendue et craindre des accidents ultérieurs de rétrécissement; toutefois, je dois faire remarquer qu'elles ne figurent pas dans l'histoire des cas de rétrécissements d'origine herniaire que j'ai eu l'occasion d'analyser pour mon rapport, et cela, bien que la kélotomie antérieure et ses suites fussent assez souvent rapportées avec détails. Il est donc permis de croire, tout au moins que ces hémorragies ne sont pas la traduction nécessaire des lésions primitives de l'anse étranglée susceptibles de créer plus tard des rétrécissements.

Présentations de malades.

Localisation et extraction des projectiles par un procédé basé sur la simple radioscopie.

M. Tuffier. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter trois malades auxquels j'ai extrait des balles de revolver. Je vous ai présenté à la séance du 1er juin 1904 un appareil fort simple, qui permettait, en quelques minutes, de localiser et de retrouver un projectile dans la profondeur des tissus. Cet appareil n'a d'autre prétention que sa simplicité. Mon interne, M. Poirier de Clisson, a publié dans sa thèse inaugurale (1) la technique opératoire et des observations ; malgré cela, je crois utile de vous indiquer parmi les résultats que j'ai obtenus, trois faits qui se trouvent réunis dans mon service.

Ces deux premiers malades sont un ménage sur lequel le prétendant éconduit à la main de leur fille, n'a rien trouvé de mieux à faire que de tirer trois balles de revolver. *Chez l'homme* que je vous présente une des balles passa sous la clavicule et fut extraite par son médecin, l'autre pénétra profondément et détermina bientôt des troubles sensitifs et moteurs dans le membre

(1) « Sur un procédé simple de localisation des projectiles par la radioscopie », Thèse, Paris, 1904.

supérieur droit. La balle avait pénétré vers le milieu, du bord inférieur de la clavicule. Le Dr Haret localisa le projectile, suivant une ligne verticale, par la simple radioscopie et, avec mon appareil, je pus extraire par la petite incision dont vous voyez la cicatrice cette balle qui était complètement déformée et qui siégeait sous le dôme de la sous-clavière, au milieu des nerfs du plexus brachial.

Chez la femme, le trajet du projectile est plus curieux ; il est entré au niveau de la partie externe de la région deltoïdienne, du côté *gauche* ; il a traversé le bras, et il est entré dans la poitrine en pénétrant sous le grand pectoral *gauche* et, fait curieux, cette femme entrait à mon service pour des accidents douloureux en forme de névralgie thoraco-brachiale du côté *droit*. Le projectile fut localisé suivant le procédé décrit, sous la 4e côte *droite* d'où j'ai pu l'extraire. Il était en dehors de la plèvre, et vous voyez sur le projectile les irrégularités dues à son passage à travers le thorax.

Mon troisième opéré est ce jeune homme qui s'est tiré un coup de revolver dans la region sous-mammaire gauche. Après des accidents douloureux et respiratoires, tout se calma. Sur la demande de sa famille, j'allai chercher le projectile qui avait traversé la plèvre et le diaphragme, et était venu se loger *sur la face péritonéale de ce muscle*. J'ai suivi la même technique que dans les cas précédents.

Je vous présente simplement ces trois faits à l'appui de ce procédé de localisation des projectiles.

M. Lucas-Championnière. — Quelle était l'indication opératoire chez le troisième malade?

M. Tuffier. — Il n'existait chez mon malade, après les accidents du début aucun symptôme fonctionnel et, comme vous tous, j'ai l'habitude d'abandonner dans ces cas les corps étrangers à eux-mêmes. C'est seulement sur la demande de la famille de cet enfant, et sur la sienne motivée par quelques tiraillements au niveau de la cicatrice, que je me suis décidé à intervenir.

M. Lucas-Championnière. — Je faisais cette demande parce qu'à Beaujon, où j'ai passé, j'ai eu l'occasion de constater un grand nombre de plaies par balles de revolver et que je connais de ces malades qui ont guéri sans l'extraction du projectile.

M. Potherat présente une jeune femme atteinte d'*occlusion intestinale chronique*, due à un étranglement de la terminaison de l'intestin grêle par un *appendice ilio-cæcal.* L'ablation de cet appendice a totalement fait cesser les accidents. L'observation sera publiée dans le compte rendu de la prochaine séance.

Présentations de pièces.

Arrêt de développement du radius consécutif à un décollement épiphysaire. Radiographie.

M. Walther. — Les radiographies que je vous présente ont trait à une déformation du poignet droit chez un homme de vingt-neuf ans, déformation qui est due à un raccourcissement considérable du radius.

Le radius droit a 19 centimètres du bord de la cupule à l'extrémité de l'apophystyloïde, le radius gauche 26 centimètres. Le cubitus droit a 24 centimètres et demi, le gauche 26 centimètres. Le raccourcissement du radius doit être attribué à un arrêt de développement par lésion traumatique du cartilage interdia épiphysaire.

En effet, le malade à l'âge de neuf ans, à fait une chute d'une hauteur de 7 à 8 mètres, est tombé sur l'avant-bras droit et Verneuil qui l'examina à ce moment constata une luxation du coude avec issue de l'extrémité inférieure de l'humérus par une plaie située à la partie interne du coude, et, en même temps, une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Cet arrêt de développement, cette brièveté du radius qui n'a entraîné qu'un très faible arrêt de développement du cubitus, provoque une déformation considérable, un déjettement de la main sur le bord radial. La main elle-même est légèrement atrophiée, plus courte d'un centimètre et demi environ.

Malgré cette déformation, les fonctions de la main et de l'avant-bras se font dans de bonnes conditions, avec un peu de moins de puissance musculaire cependant, ce qui tient à ce que pendant très longtemps le malade a gardé l'habitude de se servir de préférence de la main gauche.

Epiploïte.

M. Walther. — Je vous présente un épiploon que j'ai enlevé il y a huit jours, le 28 février, au cours d'une laparotomie pour appendicite.

Le malade, homme d'une soixantaine d'années, vigoureux, mais depuis longtemps souffrant de l'estomac, avait été pris il y a trois mois d'accidents abdominaux graves, mais assez mal déterminés; phénomènes d'occlusion intestinale, avec faiblesse du pouls sans élévation de température, douleur très vague, à gauche de l'ombilic, puis au bout de quelques jours à droite; en somme des signes de septicémie péritonéale plutôt que d'occlusion vraie. Après avoir hésité entre les hypothèses de néoplasme du côlon transverse et d'appendicite, nous nous ralliâmes, mon collègue, M. Papillon et moi, au diagnostic plus probable d'appendicite, et ce diagnostic fut confirmé par M. le professeur Hutinel. L'amélioration très lente mais progressive écarta définitivement l'idée de néoplasme.

Malgré le retour à la santé, persistait cependant une sensibilité vague, diffuse dans l'abdomen, et la pression au niveau de l'angle ilio-æcal déterminant toujours une très légère douleur, la menace du retour d'une crise nous fit proposer au malade une intervention.

J'enlevai l'appendice atteint d'altérations anciennes de sclérose et portant comme trace de la poussée récente, une zone de folliculite hémorragique dans toute sa partie moyenne. J'allai ensuite chercher l'épiploon. Il était absolument libre, sans aucune adhérence au cæcum ni au colôn ascendant. Mais dans toute son étendue il présentait des stigmates d'inflammation chronique et d'une poussée aiguë récente. Plusieurs brides fibreuses, très épaisses, très denses, sous-tendaient sa face postérieure; de plus, il était bosselé de noyaux durs, épais, rouges, surtout près du côlon transverse; deux de ces noyaux avaient le volume d'une grosse noisette. Enfin à la partie moyenne du côlon transverse, une bride fibreuse partie de la face postérieure de l'épiploon enserrait la face postérieure du côlon et allait s'insérer sur le méso-côlon au ras de l'intestin. Cette bride sectionnée, j'enlevai tout l'épiploon après l'avoir lié en douze pédicules isolés tout près de l'intestin.

Les suites de l'opération ont été fort simples. Le malade aujourd'hui guéri, n'a eu aucune réaction, aucune douleur, et l'intestin fonctionne bien.

Je vous apporte cette pièce d'épiploïte pour insister une fois de plus sur la nécessité de vérifier l'état de l'épiploon et de le réséquer en totalité lorsqu'on rencontre ces altérations. Je vous ai déjà

plusieurs fois rapporté des observations semblables. Dans un cas j'avais trouvé 4 brides enserrant le côlon transverse. M. Quénu vous a cité des cas analogues de brides péricoliques.

L'observation actuelle confirme encore ce fait sur lequel j'ai déjà attiré votre attention que l'épiploon peut être atteint à distance, sans aucune adhérence ni à l'appendice, ni au cæcum. Il est important de l'enlever lorsqu'il est malade, car des poussées nouvelles d'épiploïte peuvent se produire même après l'ablation de l'appendice. Je vous avais déjà signalé cette persistance des poussées d'épiploïte. Je viens récemment d'en observer un nouvel exemple :

Une jeune fille de dix-sept ans, opérée il y a deux ans, en Angleterre d'appendicectomie, fut prise au mois d'octobre dernier d'une crise typique d'appendicite avec plastron remontant au devant du cæcum et du côlon ascendant. Après la disparition des accidents aigüs, persistait une douleur constante dans la fosse iliaque et le flanc droit et l'exploration révélait une résistance profonde au niveau du cæcum et du côlon ascendant. Je vis cette malade avec mon ami le Dr Bouisson et je pensai à une épiploïte. Nous demandâmes l'avis de mon ami Jalaguier qui eut la même impression. J'opérai cette malade; je trouvai une réparation parfaite de tous les plans de la paroi abdominale; l'épiploon, rouge, avec des noyaux et des zones de sclérose était adhérent au cæcum, au côlon ascendant; une grosse bride fibreuse partie de sa face antérieure allait se perdre au devant du rein, bridant l'angle du côlon. Tout l'épiploon fut réséqué au ras du côlon. L'opération eut lieu le 19 janvier. La malade est actuellement complètement débarrassée des douleurs tenaces qui rendaient la marche impossible même en dehors des poussées aiguës.

Ces faits sont intéressants à étudier et nous montrent comme je vous le disais, la nécessité de toujours vérifier l'état de l'épiploon au cours des appendicectomies.

Le Secrétaire annuel,
Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 MARS 1905

Présidence de M. Segond, vice-président.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° Une lettre de M. Delorme, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique, avisant la Société de l'ouverture du XLIIIe Congrès des Sociétés savantes, le 19 avril prochain.

A propos de la correspondance.

M. Albarran fait hommage à la Société d'un ouvrage intitulé : *Exploration des fonctions renales*.

A l'occasion du procès-verbal.

Occlusion intestinale.

M. E. Potherat. — Je vous apporte aujourd'hui l'observation de la malade que je vous ai présentée à la fin de la dernière séance

et qui était affectée *d'occlusion intestinale chronique* due à un étranglement, par l'appendice iléo-cæcal, de la terminaison de l'iléon. Ce fait est à rapprocher de trois cas d'*occlusion intestinale aiguë* par le même mécanisme, que je vous ai rapportée dans une de nos précédentes discussions sur l'appendicite. Il n'en diffère que par l'évolution chronique des accidents d'occlusion; en outre, les trois malades précédents opérés tardivement sont morts de stercorémie; celle-ci, tout naturellement, a guéri.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans. Les accidents ont débuté tout à coup en avril 1903, par de violentes douleurs abdominales s'accompagnant de vomissements. Ces accidents duraient deux à trois heures, puis cessaient spontanément sauf à reparaître une ou deux fois. Ils survenaient ordinairement la nuit.

La crise se reproduisait d'abord tous les mois, avec les mêmes caractères douloureux. Les douleurs étaient à ce point vives que la malade poussait des cris violents, se roulait dans son lit; c'étaient de véritables coliques de *miserere*.

A partir de septembre 1903, ce fut tous les deux à trois jours que les crises reparurent, puis tous les jours, et la jeune fille réclamait à grands cris un soulagement.

Quand je la vis, je fus frappé par l'aspect de son ventre. Elle portait de chaque côté de la ligne médiane au-dessus des arcades de Fallope deux tuméfactions, saillantes, bien arrondies, grosses comme deux fortes têtes de fœtus, ressemblant à deux kystes de l'ovaire par la forme, les contours et la consistance; mais ces tumeurs étaient sonores à la percussion.

J'étais bien embarrassé pour porter un diagnostic ferme; aussi je fis la laparotomie médiane. Je tombai sur des anses grêles invraisemblablement dilatées, adhérentes entre elles, dont les parois étaient *très épaissies*. Il était évident qu'il y avait sur un point de l'intestin grêle un étranglement partiel. Malgré tous mes efforts, limité que j'étais par les adhérences intestinales, assez faciles pourtant à libérer, mais surtout par les anses énormes, je ne pus trouver cet obstacle. Je refermai le ventre.

Cette intervention incomplète, et forcément incomplète, amena une légère amélioration, grâce sans doute aux libérations que j'avais effectuées; mais au bout d'un mois les accidents reparurent. L'opération avait eu lieu le 28 octobre 1904; dès le mois de novembre la malade souffrait et en novembre ses douleurs avaient repris leur fréquence et leur intensité.

Pourtant la malade s'efforça de patienter, mais ces jours derniers elle revint me trouver en proie aux mêmes accidents. Cette fois, après un interrogatoire plus serré, et une étude plus approfondie des commémoratifs, je me convainquis que c'était vers

l'appendice que je devais porter mes investigations. Je fis donc une deuxième laparotomie dans la fosse iliaque droite. Là était l'agent de l'étranglement; c'était un appendice long et grêle, partant d'un cæcum *fixe*, passant par-dessous l'iléon, le mésantère, et allant très haut se fixer par son extrémité sur la face latérale gauche de ce mésentère. Cet appendice, en passant sous l'iléon, l'étranglait profondément ne lui laissant qu'une faible lumière.

Je décortiquai cet appendice, je le réséquai, et je refermai l'abdomen. Le résultat fut ce qu'il devait être, la malade cessa totalement d'avoir des douleurs. Les matières et les gaz qui paraissaient à certains moments ne pas circuler, moments coïncidant avec les crises signalées plus haut, ont repris leur cours régulier. Tous les accidents ont définitivement cessé.

L'appendice peut donc par étranglement de l'iléon déterminer des accidents d'occlusion intestinale à évolution aiguë ou chronique.

Sur la chloroformisation.

M. Kirmisson. — Je désire répondre en quelques mots aux objections que M. Berger a présentées dans la dernière séance contre les appareils à chloroformisation. M. Berger semble croire que, dans l'appareil de Roth, l'oxygène agit simplement comme véhicule; c'est là un point qui n'est nullement démontré. Il est bien probable, au contraire, que l'oxygène a par lui-même une valeur pour lutter contre les accidents inhérents à l'emploi du chloroforme. Quand il parle des mélanges titrés d'oxygène de Paul Bert, il y a là une confusion. Ce que Paul Bert employait, c'était des mélanges titrés d'air et de chloroforme, et non d'oxygène.

M. Berger reproche au masque d'empêcher de fixer la langue avec la pince. Pour ma part, j'ai toujours soigneusement défendu à mes élèves de tirer la langue des malades, car j'ai vu souvent des opérés qui ne souffraient nullement de leur plaie, mais qui, en revanche, accusaient de violentes douleurs au niveau de la langue déchirée. Quand on est obligé de tirer la langue des malades, cela dénote une mauvaise chloroformisation; c'est déjà un accident de la chloroformisation. Avec l'appareil de Roth, je n'ai jamais besoin d'exercer de tractions sur la langue des malades.

Non, le procédé de la compresse n'est pas aussi parfait que veut bien le dire M. Berger; lui-même accuse quatre morts par le chloroforme chez des malades endormis par la compresse. Ce chiffre est plus que suffisant pour encourager les efforts que nous

faisons pour arriver à diminuer les dangers de la chloroformisation.

M. Ch. Monod. — Comme M. Quénu nous le demandait dans une précédente séance, je viens, à mon tour, vous dire les résultats donnés, dans mon service à Saint-Antoine, par l'emploi des appareils pour l'administration du chloroforme.

A mon retour de vacances, en octobre dernier, je trouvais installé à la maison de santé où j'opère mes malades de la ville, l'appareil de Roth-Dræger. Je m'en suis servi plusieurs fois, et, comme tous ceux de nos collègues qui y ont eu recours, à mon entière satisfaction. Mais, on l'a dit, cet appareil est coûteux, un peu encombrant, pas facile à transporter d'un lieu à un autre.

J'hésitais, pour cette raison, à l'introduire à l'hôpital Saint-Antoine, où je puis être appelé à opérer en quatre locaux différents, assez éloignés les uns des autres.

J'hésitais d'autant plus que nos collègues, Reynier et Ricard, me disait-on, s'occupaient à ce moment, chacun de leur côté, d'expérimenter un appareil de leur invention, de sécurité égale à leurs yeux, et bien plus maniable.

Je me suis arrêté à l'appareil de M. Ricard, qui a pu être de suite mis à ma disposition — bien persuadé d'ailleurs que les résultats que j'ai obtenus avec lui l'eussent été avec celui de M. Reynier.

C'est le 11 février que je me suis pour la première fois servi de l'appareil Ricard, après avoir été le voir fonctionner à l'hôpital Saint-Louis. Depuis lors, c'est-à-dire depuis un peu plus d'un mois, je l'ai employé exclusivement pour toutes mes chloroformisations, soit une cinquantaine de fois au moins. L'expérience est courte assurément. Mais comme mes observations concordent absolument avec celles de M. Ricard, elles prennent par là, malgré leur petit nombre, une importance relative.

Sur ces 50 cas, j'ai pu, pour 20 d'entre eux, obtenir de l'élève chargé de donner le chloroforme des détails écrits et précis me permettant d'établir un tableau comparatif de ces faits entre eux.

J'ai fixé mon attention sur les points suivants :

Temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie complète;

Etat du malade au cours de la choroformisation, particulièrement au début, excitation, agitation ou non ;

Quantité de chloroforme employée ;

Vomissements ou non, pendant et après l'opération.

Temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie complète. — Il a varié de trois minutes à vingt minutes. Je dis de suite que cette durée de vingt minutes est exceptionnelle. Je ne l'ai observée qu'une

seule fois. Elle était due peut-être en partie à l'inexpérience du chloroformisateur mais surtout à la révolte extrême de la malade, qui se défendait contre l'application du masque. Il me fallut pour vaincre cette défense, forcer la dose de chloroforme; après quoi tout est rentré dans l'ordre.

Le plus souvent (10 fois sur 20) il a suffi de 6 à 10 minutes pour insensibiliser complètement l'opéré. Six fois, ce temps est descendu à 3, 4 et 5 minutes. Trois fois, il s'est élevé à 11, 13 et 15 minutes.

On peut donc compter que, sauf exceptions rares, le sommeil anesthésique est obtenu en 8 à 10 minutes, souvent moins, rarement plus.

Période d'agitation. — En général le malade s'endort doucement, sans se défendre, à condition que les premières doses de chloroforme soient données très progressivement. Jamais je n'ai vu l'agitation, considérée comme une phase presque inévitable de la chloroformisation, survenant à une certaine distance du début. Cela a toujours été, particulièrement chez les femmes nerveuses, une révolte de la malade encore éveillée, contre l'application du masque, ou contre l'odeur des premieres bouffées de chloroforme. On triomphe ordinairement de cette révolte par de bonnes paroles. Rarement, comme dans le cas que j'ai cité plus haut, il faut avoir recours aux doses massives de chloroforme.

Le sommeil une fois obtenu, il se poursuit paisible, sans à-coup, sans efforts inconscients de l'opéré, sans nausées.

Le réveil a été parfois remarquablement rapide. D'autres fois, le sommeil s'est prolongé, comme chez les malades endormis sans appareil. Mes faits ne sont pas assez nombreux pour que j'aie sur ce point une opinion ferme.

Quantité de chloroforme employée. — Elle varie naturellement avec la durée de l'opération. Mais elle est, du moins, incontestablement moindre que lorsqu'on se sert de la compresse, d'autant moindre que l'anesthésiste a plus d'habitude de l'appareil et sait mieux manier l'obturateur qui permet l'arrivée d'une plus ou moins grande quantité d'air dans le mélange respiré par le malade.

D'après mon tableau les *minima* de chloroforme dépensé ont été de six grammes pour une opération de 25 minutes, de seize et dix-neuf grammes pour des opérations de 50 à 55 minutes. Le maximum a été de quatre-vingts grammes pour une laparotomie compliquée ayant duré deux heures.

Vomissements. — Comme tous ceux qui ont expérimenté les appareils, j'ai remarqué que les vomissements ont été très rares, et le plus souvent nuls au cours de la chloroformisation. Sur mes

vingt cas, deux fois seulement un léger vomissement, au réveil, est noté.

Il n'en est pas de même des vomissements survenus dans la journée et la nuit qui suit l'opération ou encore le lendemain. Ils sont cependant plus rares et moins abondants. Dans mon relevé, ils ont douze fois fait complètement défaut. Pour les huit autres malades, il est noté que deux ont eu 1 vomissement, un 3 vomissements, deux 6 vomissements, deux 7 vomissements.

Il y a certainement là un *quid ignotum*, une véritable idiosyncrasie, d'où résulte que les opérés supportent plus ou moins bien le poison chloroformique. Cette semaine encore, en dehors de l'hôpital, j'ai opéré une malade qui a présenté, à la suite de l'anesthésie par l'appareil Ricard, un état nauséeux avec vomissements plus ou moins espacés, persistant trois jours après l'opération (résection de l'appendice). J'ai su depuis que cette malade avait déjà été endormie deux fois et qu'un état nauséeux semblable avait été chaque fois observé.

Je me suis autant que possible, exactement conformé aux indications données par M. Ricard pour le fonctionnement de son appareil.

Je dis : autant que possible. Car, après m'être chargé moi-même de la première chloroformisation, je n'ai pas voulu confier à un élève unique le soin des suivantes. J'ai tenu que tous ceux de mes externes ou stagiaires, habitués à donner le chloroforme avec la compresse, apprissent tour à tour le maniement de l'appareil. Il en est résulté, bien que l'apprentissage soit bien simple, un certain flottement, inséparable d'un premier début. On s'explique ainsi que nos chloroformisations n'aient pas donné un résultat aussi parfait, ni surtout aussi régulièrement bon que celles pratiquées à l'hôpital Saint-Louis.

Tous cependant, élèves et maîtres — et parmi ceux-ci je range mon excellent collègue et assistant le Dr Launay qui m'a autorisé à parler en son nom — tous nous sommes d'accord pour reconnaître que l'anesthésie générale avec l'appareil Ricard est rapidement obtenue, que le sommeil est paisible, qu'il n'est troublé par aucun incident, que les vomissements, en particulier au cours de l'opération et au réveil, font pour ainsi dire absolument défaut.

Il m'a semblé cependant que, plus souvent qu'avec la compresse bien maniée, plus souvent surtout qu'avec l'appareil allemand à mélange d'oxygène, le visage du malade prenait une teinte bleuâtre indiquant une arrivée insuffisante d'air. Cet incident qui n'a jamais chez nos opérés donné de véritable inquiétude doit, sans doute, être mis au compte non de l'appareil lui-même, mais

de la façon dont il est manœuvré. Avec un peu d'habitude on doit arriver, sans laisser réveiller le malade, à faire pénétrer suffisamment d'air dans le mélangeur pour que le visage conserve, comme il le doit, sa coloration normale.

Je ne m'arrête pas à la question du masque et à la répugnance que peuvent avoir les malades à se laisser appliquer sur le visage un objet qui a déjà servi à d'autres. Il suffit en effet, ce qui est facile, d'avoir plusieurs masques à sa disposition et de les laver après chaque opération, pour qu'ils puissent être acceptés par tous.

M. Berger nous disait, dans notre dernière séance, que, malgré tout, il restait pour l'administration du chloroforme, fidèle à la compresse qu'il croyait préférable aux appareils.

Il me sera permis de dire à mon excellent collègue et ami que je ne puis partager son avis.

Assurément si l'on recourait à l'appareil comme à une machine devant assurer automatiquement le sommeil anesthésique, on marcherait à de nombreux mécomptes et même à de graves dangers.

Mais il n'en est pas ainsi. Le rôle du chloroformisateur, même avec les appareils, demeure entier et considérable. Il doit, comme avec la compresse, surveiller la pupille, la coloration de la face, le pouls et surtout la respiration.

Or on pourrait soutenir que les appareils à soupapes assurent une meilleure surveillance de la respiration, puisqu'ils permettent de suivre de l'œil et même de l'oreille, les moindres modifications du rythme respiratoire.

Dira-t-on que les soupapes, organes mécaniques, peuvent mal fonctionner et même ne pas fonctionner du tout? Mais le chloroformisateur en sera aussitôt averti et cherchera à se rendre compte de la cause de l'incident. Celui-ci peut être simplement dû à ce que le masque n'est pas bien appliqué — petit mal, auquel il est bien facile de remédier. Que si vraiment les soupapes sont en défaut — fait bien rare si l'on a eu soin de vérifier l'appareil avant de s'en servir — on en sera quitte pour cesser aussitôt l'anesthésie ou pour remplacer l'appareil par la compresse.

Mais, dira-t-on encore, le chloroformisateur aura perdu l'habitude de la compresse et ne saura plus s'en servir! A cela je réponds, dussé-je être traité de paradoxal par M. Berger, que l'élève capable d'administrer le chloroforme avec un appareil saura *a fortiori* le donner avec la simple compresse, pourvu qu'il soit bien pénétré de ce fait que la surveillance attentive du malade reste le point capital de toute chloroformisation.

Je ne partage donc pas les craintes de notre collègue sur la fâcheuse ignorance où nous laisserions nos élèves sur la bonne façon d'administrer le chloroforme, en leur mettant en mains un appareil au lieu d'une compresse.

Comme lui, je me suis toujours préoccupé d'apprendre à mes élèves, au plus grand nombre d'élèves possible, à bien donner le chloroforme. Jamais, pour cette raison, je n'ai eu recours à un anesthésiste de profession, estimant que savoir endormir un malade fait essentiellement partie de l'éducation pratique de tout médecin.

Mais je crois que cet enseignement peut être donné avec un appareil aussi bien et peut-être mieux qu'avec la compresse. Avec l'appareil en effet on met nécessairement en relief les deux conditions essentielles de toute bonne chloroformisation : surveillance étroite de la respiration ; nécessité de faire absorber le chloroforme à doses petites et lentement progressives, en restant au-dessous d'une limite qu'il ne faut jamais dépasser.

J'ai déjà parlé de la façon dont les appareils à soupape permettent de suivre de très près le rythme respiratoire ; je n'y reviens pas.

Pour ce qui est de donner le chloroforme lentement, et de réduire à un minimum la quantité absorbée, il me semble que les appareils qui nous ont été présentés répondent bien à ce double desideratum. Eux seuls permettent vraiment de réaliser le *goutte à goutte* de M. Labbé ; avec eux aussi il est possible de ne pas franchir la limite de la dose dangereuse en deçà de laquelle il faut toujours se tenir.

Grâce à l'ingénieux dispositif de l'appareil de M. Ricard — je prends celui-ci pour exemple, parce que c'est celui que je connais le mieux — on peut arriver progressivement de 0 à 2 p. 100 de vapeurs chloroformiques — dose maxima, dont l'immunité est établie — en passant par les 1/2, 1 et 1 1/2 pour 100. Il est possible aussi, avec lui, de varier instantanément ces proportions au cours de l'opération par le simple déplacement d'un obturateur qui augmente ou diminue l'accès de l'air dans le mélange respiré par le malade.

J'en ai dit assez, je crois, pour justifier la préférence que je donne aux appareils à chloroformisation sur la compresse, celle-ci restant une ressource précieuse dont on doit, pour cette raison, continuer à enseigner l'emploi, pour les cas signalés par M. Berger où l'on ne peut avoir recours au masque.

Je n'ai pas parlé de la sécurité plus grande que donnent les appareils. Ce n'est pas avec une cinquantaine de cas qu'une telle question peut être tranchée.

Je crois, au reste, que rien ne peut mettre à l'abri de la syncope du début; le fait malheureux survenu en Allemagne que nous a communiqué M. Kirmisson ne le prouve que trop.

Mais il n'en est peut-être pas de même de la mort par intoxication chloroformique et par arrêt de la respiration.

A cet égard, il me semble qu'un procédé permettant de mieux doser le chloroforme absorbé et d'en diminuer la quantité, assurant la surveillance exacte de la respiration, rendant les vomissements moins fréquents, procurant enfin un sommeil rapide et paisible, laisse à celui qui l'emploie une singulière impression de sécurité qui, d'ailleurs, n'a jusqu'ici été trompée.

Nous laissons à l'avenir et à des faits plus nombreux le soin de donner à cette confiance la sanction nécessaire.

M. Ricard. — Je pense que le moment n'est pas venu de comparer entre eux les mérites réciproques des différents appareils. A cet égard je suis de l'avis de mes collègues Kirmisson et Quénu. Comme eux, je pense que l'ère des discussions théoriques est close, que la parole est à l'expérimentation seule. L'avenir en apportant ses faits nous dira quels sont les appareils qui doivent rester et ceux qu'il convient de laisser de côté.

Aussi j'aurais renoncé à la parole si mon excellent maître, M. le professeur Berger, n'était monté à cette tribune pour faire le procès des appareils au profit de l'antique compresse.

Peu d'entre nous partagent la quiétude de M. Berger vis-à-vis du chloroforme ; je n'en veux pour preuve que ces défections nombreuses des chirurgiens abandonnant le chloroforme pour l'éther ; la naissance de divers procédés d'anesthésie des plus variés, les associations d'anesthésiques, bromure-chlorure d'éthyle et chloroforme, la rachicocaïnisation, ou stovaïnisation et plus récemment la scopolamine. La genèse même de ces différents appareils à chloroforme à l'éclosion desquels on assiste dans tous les pays, prouve que l'anesthésie chloroformique à la compresse est loin de satisfaire la majorité d'entre nous.

Certaines pages de nos bulletins sont d'ailleurs un attristant témoignage de nos trop légitimes préoccupations.

La communication de M. Monod me permettra d'être bref, car elle contient en substance tout ce que j'aurais pu dire. Je me contenterai donc de répondre aux reproches adressés aux appareils par M. Berger.

Les deux reproches principaux sont : 1° que l'appareil donne au chloroformisateur une trop grande confiance. Mais M. Berger se charge de répondre lui-même en formulant sa deuxième objection

par laquelle il montre le chloroformisateur absorbé par l'attention qu'il apporte à la surveillance de l'appareil, surveillance qui le distrait de l'observation physiologique du malade.

C'est, qu'en effet, jamais le chloroformisateur n'a le droit d'être inattentif. Son inattention — indice d'un excès de confiance — serait aussi blâmable, qu'il se serve de la compresse ou qu'il utilise les appareils. Si cette attention était concentrée sur un appareil automatique fonctionnant seul, l'objection de M. Berger pourrait porter. Mais notre appareil ne fonctionne qu'autant que le malade respire ; c'est le malade lui-même qui le fait fonctionner. C'est sa respiration qui fait soulever ou non soulever les soupapes. Ce sont ces soupapes qui enregistrent les qualités de la respiration, son rythme, son amplitude et sa régularité.

L'anesthésiste les voit et les entend ; il n'a pas à se poser cette question qui nous troublait si souvent avec la compresse : le malade respire-t-il ou ne respire-t-il pas? Point n'est besoin d'ouvrir la chemise ou de soulever le champ opératoire ; la soupape donne tous ces renseignements. Ce qui n'empêche nullement de regarder la coloration du visage, et d'inspecter la pupille.

Les objections de M. Berger sont toutes théoriques, elle tombent devant l'examen des faits.

Le masque répugne aux malades, dit-il. C'est là une répugnance qui serait toute française, car à l'étranger la compresse est loin d'avoir la faveur dont nous continuons à l'honorer en France. Il est bien entendu, d'ailleurs, que le masque peut se laver et se faire bouillir.

Sans doute, il ne permet pas l'usage de la pince à langue, mais M. Kirmisson a déjà répondu à cette objection en disant que jamais, depuis qu'il emploie les appareils, il n'a eu besoin d'avoir recours à cette traction de la langue.

M. Berger pense qu'il est facile de donner le chloroforme avec la compresse. Ce n'est pas l'avis des chirurgiens de province livrés trop souvent à des anesthésistes inexpérimentés. Nombre de lettres que j'ai reçues après la présentation de mon appareil accueillent l'espoir de voir disparaître les « anesthésies fantastiques » auxquelles les malades et les chirurgiens sont condamnés.

Je ne veux pas éterniser le débat, et je dirai avec M. Berger, en terminant : « Le meilleur mode d'administration du chloroforme est encore le plus simple. » Mais c'est qu'à mon avis il est infiniment plus simple et plus facile d'obtenir une bonne anesthésie avec un appareil qu'avec une compresse.

M. Pierre Delbet. — L'un des reproches que M. le professeur

Berger a fait aux appareils à donner le chloroforme est qu'ils ne permettent pas de pratiquer des opérations sur la face. Je pensais que mon ami Ricard défendrait les appareils contre ce reproche. Comme il ne l'a pas fait, je demande la permission d'en dire un mot.

Depuis quelques mois, je suis si convaincu de la supériorité des appareils que je suis résolu à ne jamais prendre, à moins de nécessité absolue, la responsabilité d'une chloroformisation à la compresse. Aussi, je me suis évertué à trouver une technique qui permette de faire toutes les opérations sur la face, sur les fosses nasales, sur les mâchoires, sur la langue et sur le palais en se servant des appareils.

Je vous ai déjà présenté un petit instrument qui répond en partie à ce desideratum. Cet instrument nécessitait l'obturation du nez; il n'était donc pas pratique pour les opérations sur les fosses nasales. En outre, il ne permettait pas les opérations sur le voile du palais.

Depuis, j'ai orienté mes recherches dans une autre direction, et j'ai fait construire un instrument qui s'introduit par la bouche et qui va coiffer le larynx de l'épiglotte aux cartilages de Santorini, mais sans pénétrer dans le larynx. Cet instrument, je vous l'aurais déjà présenté, sans les lenteurs du constructeur. Je l'ai suffisamment expérimenté pour dire qu'il répond au desideratum. Il permet de faire les opérations sur la face, le nez, la langue, les maxillaires, la voûte et le voile du palais.

J'ai fait mes expériences avec l'appareil de Roth-Dræger.

Ce matin, je me suis servi pour la première fois de l'appareil de Ricard. Je dirai, entre parenthèses, qu'il m'a paru d'une simplicité et d'une commodité charmantes. Mon ami Ricard m'avait aimablement offert de m'envoyer un de ses élèves expérimentés pour m'en montrer le maniement. Je n'ai pas accepté, voulant voir ce qu'on pouvait faire à soi tout seul. Ce matin donc, j'ai lu attentivement les dix lignes de recommandations qui sont annexées à la boîte et j'ai endormi un malade. Tout s'est passé de la manière la plus simple, à mon entière satisfaction. Et ce matin, les trois malades qui ont été opérés dans mon service ont été endormis avec l'appareil de Ricard.

J'ai voulu voir si l'instrument dont je viens de vous parler pouvait s'appliquer à l'appareil de Ricard. J'ai essayé et tout a marché d'une manière satisfaisante.

L'objection de M. Berger tombe donc. On peut, avec les appareils, faire toutes les opérations faciales, nasales et buccales.

M. Kirmisson. — Je ferai remarquer que déjà dans l'appareil

primitif de Roth, il existe un petit masque qui emboîte les narines pour les cas dans lesquels on doit opérer sur la bouche.

Rapport.

Deux observations de corps étrangers de la vessie,
par M. le D[r] BARNSBY (de Tours).

Rapport par M. F. LEGUEU.

Des deux observations que nous a récemment adressées M. le D[r] Barnsby (de Tours), une est intéressante par la variété du corps étranger, et l'autre mérite d'attirer notre attention par les difficultés de l'extraction.

I. — La première observation a trait, en effet, à un pessaire de Dumontpallier incrusté de sels calcaires qui fut extrait par la taille hypogastrique de la vessie d'une jeune fille de dix-huit ans.

Cette jeune fille se présentait à M. Barnsby avec des mictions fréquentes, des douleurs finales et des arrêts brusques qui lui firent penser qu'il y avait un calcul dans la vessie. Et, en effet, à l'explorateur métallique, on trouvait un calcul mobile et assez volumineux.

La vessie était bonne : à la rigueur, la lithotritie était possible. Mais avant de la pratiquer, M. Barnsby, mis en éveil par les réponses embarrassées de la malade, provoqua des aveux, et apprit que la jeune fille s'était introduit dans la vessie un petit pessaire de Dumontpallier.

Malgré l'invraisemblance de ce récit, M. Barnsby abandonne la lithotritie, fait la taille, extrait le corps étranger, et la malade guérit sans incident.

C'est bien un pessaire de Dumontpallier, comme vous pouvez le voir sous les incrustations massives qui le dérobent en partie à nos yeux ; l'orifice central persiste encore, et voici donc un nouvel objet à ajouter à la liste déjà si longue de ceux que des imaginations maladives ont inventés.

Et ce qui doit nous étonner ici, c'est beaucoup moins la façon brillante dont M. Barnsby l'a extrait par la taille, que la manière dont la malade l'avait introduit dans sa vessie. Il est bien dit dans l'observation que la malade s'adonnait depuis longtemps à la masturbation urétrale à l'aide d'une baguette de verre dite « agitateur », et l'urètre, sans doute, était quelque peu dilaté.

Nous savons aussi que le caoutchouc est compressible ; mais, enfin, nous ne voyons guère le comment de l'adaptation de cet anneau de caoutchouc à un urètre jeune, et nous devons rester surpris de la tolérance de ce canal qui ne conserve pas à la suite de cette dilatation la plus légère incontinence.

II. — La deuxième observation concerne *un calcul de 35 grammes développé autour d'une épingle à cheveux et enlevé par la taille hypogastrique.*

Il s'agit encore d'une jeune fille de seize ans, qui, quatre ans auparavant, s'était introduit dans la vessie la très classique épingle à cheveux. La cystite s'installa au bout de quelque temps, et, les troubles s'aggravant, il fallut consulter.

C'est M. Barnsby qui reçut, avec l'aveu, la charge de l'extraction.

L'examen de la région hypogastrique révélait la présence d'un point très douloureux situé immédiatement au-dessus du pubis, sur la ligne médiane. Il existait là une zone d'empâtement très manifeste, mais bien localisée. Il était impossible de percevoir aucune fluctuation.

Un cathéter métallique introduit dans la vessie arrivait d'emblée sur l'épingle en question. Cette épingle semblait immobile. Le moindre attouchement déterminait une vive douleur et une légère hémorragie. Une pince à forcipressure fut ensuite introduite dans la vessie; M. Barnsby put ainsi très facilement saisir l'une des branches de l'épingle qui semblait presque verticalement placée derrière le col de la vessie, mais il lui fut impossible de lui faire subir le moindre déplacement ni dans un sens, ni dans l'autre, sans réveiller des douleurs intolérables. L'exploration ne décelait la présence d'aucun calcul.

Pendant les deux jours qui suivirent cet examen, l'empâtement sus-pubien augmenta ; on vit apparaître de l'œdème et une légère rougeur des téguments. Dans ces conditions, M. Barnsby se décida à opérer dès le lendemain, et opta pour la taille hypogastrique.

Je laisse ici la parole à M. Barnsby pour le détail de l'opération.

« Je fis une incision médiane sus-pubienne sur la zone empâtée. J'incisai l'aponévrose et arrivai immédiatement dans l'espace prévésical. Cette loge était remplie de liquide louche, séropurulent, sans odeur. En voulant ponctionner la vessie, mon bistouri rencontra une des pointes de l'épingle, pointe qui avait perforé la paroi antérieure de la vessie, au-dessous du cul-de-sac péritonéal prévésical. J'agrandis l'incision vésicale et tentai alors l'extraction du corps étranger. Je pus ainsi me rendre compte : 1° qu'autour de la partie moyenne des branches de l'épingle s'était développé un énorme calcul secondaire, enchâtonné

dans un repli de la paroi supérieure de la vessie, immédiatement au-dessus du col; 2° que l'épingle se trouvait verticalement placée en avant du col de la vessie; 3° que la tête de l'épingle se trouvait en bas, encastrée dans un repli de la muqueuse; 4° que l'une des pointes, appartenant à la branche antérieure de l'épingle, avait perforé la paroi antérieure de la vessie; 5° que la deuxième pointe, appartenant à la branche postérieure, avait perforé la muqueuse seulement et était fixée sur la paroi antéro-latérale gauche de la vessie, à une certaine distance de mon incision médiane.

« En résumé, bien qu'une des pointes fût dégagée, je rencontrai une telle difficulté pour extraire le corps du délit et avoir le calcul en entier, que je dus, pour éviter de déchirer la paroi vésicale antérieure sectionner à la pince coupante les deux branches de l'épingle, au niveau de leur partie moyenne et au-dessous du calcul. Les différentes parties furent, dès lors, extraites avec la plus grande facilité.

« La vessie fut ensuite suturée. Un drain fut mis par précaution à la partie inférieure de l'incision. Les couches superficielles furent partiellement reconstituées, un bon drainage étant nécessaire. Une sonde à demeure fut mise dans la vessie. La guérison fut complète au bout de trente jours. »

La perforation de la paroi vésicale est certainement le fait intéressant de cette observation; cette complication s'observe encore de temps en temps, avec les corps étrangers métalliques surtout, et j'ai opéré il y a quelques années, avec M. Gugon, une malade qui avait aussi dans la vessie une longue aiguille, dont la pointe avait perforé la paroi vésicale et commencé une péricystite latérale. Je pense même que la constatation d'une péricystite supérieure autour d'une vessie calculeuse devrait, en l'absence de tout commémoratif, faire soupçonner l'existence d'un corps étranger.

Chez une autre malade, j'ai vu une perforation minuscule de la paroi vésico-vaginale produite par une épingle à cheveux. La perforation était si minime qu'elle passa inaperçue, et que la malade fut pendant quelque temps considérée comme atteinte d'incontinence. Une simple cautérisation au thermo-cautère suffit à guérir cette fistule vésico-vaginale.

M. Barnsby se demande si l'enchâtonnement du calcul n'a pas immobilisé l'épingle dans cette position, et favorisé la perforation. Et notre confrère a raison : mais l'enchâtonnement est ici secondaire à l'inflammation, à la sensibilité de la vessie. Et c'est parce que la vessie est devenue très sensible autour d'une épingle et d'un calcul, qu'elle s'est contractée sur eux, les a immobilisés l'un et l'autre dans une position prise, et a même pressé ses parois contre les pointes acérées de l'épingle.

M. Barnsby a bien fait de recourir à la taille hypogastrique; la voie vaginale lui était fermée par la persistance de l'hymen, la

voie sous-symphysaire n'est jamais indiquée pour les cas complexes comme celui-ci, et enfin la péricystite supérieure lui commandait d'opérer par en haut.

La taille hypogastrique d'ailleurs est l'opération de choix pour le plus grand nombre des corps étrangers qui nécessitent une opération, elle est seule possible pour ceux qui s'accompagnent de lésions complexes comme ici; et alors même que la vessie est largement ouverte, on peut éprouver de vraies et sérieuses difficultés à ne pas déchirer, à ne pas contusionner davantage la vessie.

Et ainsi ces épingles à cheveux qui sont parfois si simples à retenir nous imposent d'autres fois des difficultés d'extraction considérables.

L'observation de M. Barnsby ajoute une page de plus à leur histoire, et je vous propose de déposer ses faits dans nos archives, de lui adresser nos remerciements, en attendant qu'il prenne place un jour prochain parmi nos membres correspondants.

Communication.

Trois gros calculs enclavés à l'extrémité inférieure de l'uretère droit. Crises d'hydronéphrose intermittente, incision de l'uretère par la voie iliaque, extraction des calculs. Suture de l'uretère. Guérison sans fistule,

par M. LUCIEN PICQUÉ.

Mme D... (Angèle), quarante-neuf ans se présente à ma consultation de l'hôpital Bichat pour des douleurs abdominales et une douleur au moment de la miction.

Ces accidents remontent à vingt ans, à l'époque d'une grossesse : à ce moment elle ressentit pour la première fois des douleurs dans la miction.

Sable dans l'urine depuis quinze ans.

Jamais d'hématurie, mais toujours des dépôts rouges comme de la brique pilée : ces douleurs constantes ont eu des exacerbations. La deuxième il y a dix-huit ans, avec vomissements, douleurs intenses dans le côté droit du ventre et dans la région lombaire droite avec irradiation dans la vessie.

Pendant quinze ans, aucun symptôme, si ce n'est cette douleur constante dans le bas ventre.

Il y a trois mois, nouvelle crise de douleur, dans la région lombaire droite, très violente, forçant la malade à garder le lit. Cette dernière crise à duré trois mois. La malade s'est alors décidée a consulter.

A l'examen, M. Picqué trouve par le toucher vaginal, une masse dure, allongée de haut en bas et de dehors au dedans, celle-ci est placée dans le cul-de-sac vaginal droit, mobile, indolore, quelque peu irrégulière et par moment on sent nettement une sorte de crépitation calcaire.

Rien dans le cul-de-sac gauche. Vessie normale. Rein droit augmenté de volume, débordant les fausses côtes, douloureux à l'exploration, présentant le ballottement lombaire. Régulier dans ses contours. La malade affirme que cette tuméfaction diminue à certaines périodes. Depuis le premier examen, on a nettement constaté la diminution de volume de cette tumeur rénale. Urines claires.

M. Picqué diagnostique alors un calcul de l'extrémité inférieure de l'uretère avec crises d'hydronéphrose intermittente.

L'opération est pratiquée à Bichat le 25 janvier 1905 avec l'assistance de M. Grégoire, prosecteur à la Faculté, Liné et Morlet, internes du service.

La malade est mise en position de Trendelemburg.

Incision parallèle à l'arcade crurale, s'étendant de l'épine pubienne à 1 centimètre au dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Incision de l'aponévrose du grand oblique et de la gaîne du grand droit en dedans et même des insertions externes du grand droit.

Section du petit oblique et du transverse.

Décollement du péritoine comme dans la ligature de l'iliaque externe. Le décollement est prolongé jusque dans le petit bassin.

Ouverture de l'étage fibreux du ligament large. On découvre l'artère utérine. On voit alors l'uretère croisé dans sa direction par l'artère utérine. On sent le calcul dans l'épaisseur du conduit.

Incision longitudinale de l'uretère. On enlève trois calculs placés bout à bout et représentant une longueur d'environ 6 centimètres; au point de juxtaposition, une surface concave, l'autre arrondie pour s'y mouler.

Le calibre de l'uretère est fortement dilaté et admet l'index; aussi le troisième calcul est-il remonté vers le rein et on doit le faire descendre par pression de l'uretère à travers la paroi abdominale.

Une assez grande quantité d'urine s'écoule et vide la rétention rénale.

Suture de l'uretère à la soie en un plan.

Drain dans le fond de la plaie.

Suture des plans musculaires à la soie et de la peau au crin.

Suites opératoires normales, pas de température. Aucune goutte

d'urine ne s'écoule par la plaie. La suture urétérale est parfaitement étanche.

Au troisième jour, ablation du drain.

Au huitième jour, la malade est complètement guérie.

Messieurs, la rareté relative de cette affection, nous a amené à rechercher les divers procédés auxquels ont eu recours les chirurgiens dans des cas analogues.

Or, du fait de ses connexions anatomiques, l'uretère pelvien a été l'occasion d'opérations différentes chez l'homme et chez la femme. Sa situation profonde, la barrière opposée par la ceinture pelvienne permettent, en effet, d'expliquer les voies multiples qu'ont essayées les chirurgiens pour aborder ce conduit : on peut les résumer en deux grandes variétés : les unes passent à travers le péritoine : *méthode transpéritonéale*. Les autres restant au-dessous de lui : *méthode extrapéritonéale.*

On peut faire à la méthode transpéritonéale le reproche d'exposer à l'infection de la séreuse, si le contenu du conduit est septique; l'exploration de l'uretère est toujours difficile par cette voie car il est plus ou moins voilé, caché même, toujours difficile à reconnaître. Poncet ne prit-il pas une chaîne de ganglions pour un uretère irrégulier et un autre chirurgien, un uretère dilaté pour la veine iliaque externe?

Aussi la plupart des chirurgiens sont-ils à peu près unanimes à préconiser la méthode extrapéritonéale. Or, cette méthode comporte de nombreux procédés.

C'est : 1° la voie rectale, pratiquée une seule fois par Ceci, en 1887. Voie aveugle, étroite; elle expose toujours à la fistule recto-urétérale et à l'infection ascendante consécutive.

C'est : 2° la voie périnéale. Morris la recommanda, mais elle est également aveugle et incommode; de plus, elle ne permet d'aborder que la partie toute terminale de l'uretère pelvien.

C'est : 3° la voie sacrée. En 1892, Delbet formula à la Société anatomique, les règles d'une opération permettant d'atteindre l'uretère par la voie sacrée. A l'étranger, Cabot, en 1890; Feuger, en 1894, firent des tentatives semblables sur le cadavre.

Delbet rase le bord latéral du coccyx, coupe les fibres du grand fessier, les ligaments sacro-sciatiques, entame le pyramidal. Cabot et Feuger résèquent un coin du sacrum comme dans le Kraske. En restant contre le flanc du rectum, on arrive jusqu'à l'uretère caché dans la graisse périrectale. Reynier d'ailleurs qui essaya ce procédé sur le vivant, se perdit dans cette atmosphère adipeuse sans pouvoir trouver l'uretère.

C'est : 4° la voie lombaire, qui ne peut être considérée que

comme un procédé d'exception. Israël, par une incision lombaire explore un uretère au cours d'une intervention pour anurie calculeuse. Le calcul est senti dans l'uretère pelvien. Israël put cependant ramener la pierre au bassinet ; celui-ci se déchira, mais la pierre fut enlevée et le conduit suturé. Le malade guérit.

C'est : 5° la voie transvésicale. Ce procédé n'est applicable qu'aux calculs enclavés dans la portion interstitielle de l'uretère. L'opération débute comme une taille hypogastrique ordinaire. On repère alors le triangle de Lieutaud, l'uretère distendu par le calcul est toujours facile à voir ou à palper. Il suffit alors d'introduire une sonde cannelée dans l'orifice urétéral, d'inciser sur elle la muqueuse pour libérer le calcul.

C'est : 6° la voie vaginale. Cette voie est fortement recommandée par Cabot. Israël y eut recours avec plein succès. On pratique dans le cul-de-sac antérieur du vagin une incision transversale comme dans le premier temps d'une hystérectomie vaginale. Le col utérin est fortement porté en arrière avec une pince de Muzeux. On décolle au doigt l'utérus de la vessie, mais sans aller jusque dans la cavité péritonéale. Si l'uretère est distendu par un corps étranger assez gros pour être facilement senti, rien n'est plus aisé alors que d'inciser la paroi et d'extraire le calcul. S'il en est autrement la recherche de l'uretère est à peu près impossible méthodiquement et se trouve livrée au hasard. Il faut bien dire d'ailleurs que cette opération ne fut jamais tentée que dans des cas ou le corps étranger était perceptible au toucher vaginal.

C'est : 7° la voie iliaque. Il semble véritablement que la voie iliaque soit la seule réellement recommandable et pratique dans tous les cas, lorsqu'il s'agit d'aborder le segment pelvien de l'uretère. C'est celle que préconise Glantenay dans sa thèse. Twynam, Reynier, Poncet, Albarran y ont eu recours.

L'incision peut être *inguinale* ; indentique à celle de la ligature de l'artère iliaque externe ; ou *iliaque*, c'est-à-dire reportée plus ou moins haut vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Reynier passa à travers le canal inguinal pour prendre immédiatement le canal déférent comme fil d'Ariane devant le conduire à l'uretère.

Après section des divers plans de la paroi, le péritoine est décollé ; mais à ce moment il est essentiel d'avoir un ou plusieurs points de repère qui empêchent de se perdre et mènent sûrement sur le conduit.

Et tout d'abord, il est indispensable de raser de près le péritoine dans le décollement, car il peut arriver que l'uretère soit repoussée en avant avec lui sous l'écarteur et l'on se perd alors, sans rien trouver, comme cela se passa dans l'opération de Reynier signalée par Rousseau dans sa thèse.

Il est donc nécessaire de laisser l'uretère contre la paroi pelvienne.

L'aileron sacré, la saillie du promontoire, les vaisseaux spermatiques (Glantenay), l'origine de l'iliaque externe ou la bifurcation de l'iliaque primitive (Poncet, Glantenay) ont été successivement signalés comme jalon susceptible de conduire à l'uretère. Il ne semble pas que le canal déférent soit un moyen facile pour arriver à ce conduit, car les chirurgiens qui ont voulu l'utiliser ont été obligés de l'abandonner pour retourner vers le détroit supérieur et la bifurcation de l'iliaque externe.

En tout cas, chez la femme, nous pensons que le meilleur point de repère est la saillie que fait l'artère utérine au moment où elle se détache de l'hypogastrique. Dans notre cas, nous l'avons suivi et isolé à la sonde cannelée jusqu'à son croisement avec l'uretère, qu'il nous fut facile alors de dégager et de reconnaître.

Présentations de malades.

Anévrisme traumatique du tronc tibio-péronier ou de la tibiale postérieure à sa partie la plus élevée, traité et guéri par des injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

par M. Le Dentu.

Un jeune homme de vingt et un ans et demi se blesse à la jambe gauche avec un couteau en travaillant, le 12 août 1904, à une caisse à emballage. La lame a pénétré profondément au côté interne du tibia à $0^{m},12$ au-dessous de l'interligne de l'articulation du genou. Une quantité considérable de sang rouge, que le blessé évalue à un litre approximativement, s'écoule au dehors par l'étroite plaie, sans être projeté en jet intermittent ou continu.

Au bout de huit à dix jours la blessure est cicatrisée. Le blessé ne ressent rien d'anormal, si ce n'est quelques fourmillements à l'extrémité du pied. Le médecin ne constate pas l'existence d'une tumeur profonde formée par du sang. Il ne perçoit pas les signes d'un hématome simple ou pulsatile. Il impose néanmoins au blessé un repos d'un mois. Le jeune homme reprend alors ses occupations habituelles sans rien éprouver de particulier tout d'abord ; mais vers la sixième semaine après l'accident, il s'aperçoit que sa jambe est un peu gonflée. Un médecin le visite et le soigne et ne parle pas d'anévrisme. Ce n'est qu'après quelque temps que ce diagnostic est porté. Au dire du malade ce serait

seulement vers le 20 octobre 1904. Il s'empresse de venir à Paris et se fait admettre à l'Hôtel-Dieu dans mon service le 24 octobre.

Les signes d'un anévrisme sont plus qu'évidents : développement considérable de la partie supéro-interne de la jambe gauche qui a $0^{m},41$ de circonférence, tumeur fluctuante pulsatile, occupant la moitié inférieure du creux poplité et descendant jusqu'à $0^{m},16$ ou $0^{m},18$ au-dessous de l'interligne articulaire, battement et expansion à fleur de peau, particulièrement au niveau d'une cicatrice étroite, à direction oblique mais presque verticale, situé à $0^{m},12$ au-dessous de l'interligne articulaire, prolongation de la tumeur jusque dans la profondeur de la région, souffle unique et fort occupant toute la durée de la diastole du sac, suppression du pouls de la tibiale postérieure derrière la malléole interne, pas de pouls à la pédieuse, mais il en est de même sur le membre non blessé ; d'ailleurs aucun signe de gêne circulatoire du côté du pied, ni cyanose, ni phlyctènes, ni douleurs ; pas de thrill.

Donc *anévrisme faux consécutif*, dû à la distension de la cicatrice d'un des gros troncs artériels du membre, sac bien délimité mais très mince du côté des téguments, car il semble y avoir adhérence entre lui et la peau. Néanmoins couleur des téguments normale.

Le diagnostic du vaisseau lésé est assez délicat. La cicatrice correspond au point de bifurcation du tronc tibio-péronier en tibiale postérieure et péronière. Si le couteau a penétré obliquement de bas en haut, c'est certainement le tronc tibio-péronier qui a été atteint. S'il a pénétré obliquement de haut en bas, c'est peut-être la tibiale postérieure. La prédominance du développement de la tumeur vers la partie interne de la jambe ne peut guère être invoquée en faveur de cette dernière hypothèse, car il est plus probable encore que le sac a trouvé dans la cicatrice encore très récente un terrain de faible résistance et s'est insinué dans la brêche du jumeau interne et du soléaire.

D'autre part il est à considérer que le sac dépasse notablement par en haut l'origine de la tibiale antérieure, qu'il doit être en rapport intime avec toute la longueur du tronc tibio-péronier et la partie inférieure de la poplitée ; de telle sorte que son extirpation rendrait nécessaire la ligature de la poplitée et celle des deux branches de bifurcation du tronc tibio-péronier. Ce serait la suppression à peu près complète de la circulation, et la gangrène serait d'autant plus à redouter que le développement rapide de l'anévrisme n'a pas pu laisser le temps de se constituer à une circulation collatérale de quelque importance.

Il y avait donc lieu d'hésiter devant l'extirpation de l'anévrisme.

J'essayai d'abord de la flexion de la jambe sur la cuisse, mais avec une extrême prudence, car la flexion exagérée eût infailliblement déterminé une rupture prochaine, soit du côté des téguments soit dans la profondeur du membre, et dans ce dernier cas transformé l'anévrisme circonscrit en anévrisme diffus.

La flexion très modérée et le repos amenèrent en quelques jours un faible changement qui se traduisit par la diminution de la tension, par la réduction de la circonférence du membre de 0 m. 41 à 0 m. 40 et par un peu plus de fermeté de consistance des parties les plus périphériques de la tumeur. Mais les battements et le souffle demeuraient très intenses.

Après plus d'un mois de ce traitement, il fut évident que d'aussi peu importantes modifications ne pouvaient pas aboutir à la guérison. C'est alors que je commençai l'application de la méthode des injections sous-cutanées de sérum gélatiné à laquelle je m'étais préparé depuis plusieurs jours.

J'employai du sérum à 2 p. 100, stérilisé à 115 degrés. Les injections furent pratiquées dans la fesse à la dose de 200 centimètres cubes. Elles eurent lieu aux dates suivantes : le 23 novembre 1904, le 18 novembre, le 5 décembre, le 13 décembre, le 21 décembre, le 2 janvier 1905, le 21 janvier.

La septième et dernière n'eut d'autre raison d'être que le désir de consolider l'excellent résultat obtenu. Celui-ci avait été remarquablement net et rapide.

Conformément à la règle, chaque injection fut suivie d'une poussée fébrile qui atteignit certaines fois 39 degrés ; aucun autre inconvénient ne se produisit. Cinq jours environ après chaque injection je constatai la diminution de la tumeur et l'augmentation de sa fermeté à la périphérie. Après la sixième injection, vers le 10 janvier, le souffle et l'expansion avaient absolument disparu. Il restait une petite tumeur ayant les dimensions d'une très petite mandarine, encore mollasse, parce qu'elle contenait des caillots non encore organisés. La dernière injection eut raison de ces derniers vestiges. A la fin de janvier la guérison était parfaite.

J'ai imposé au malade le repos au lit pendant tout le mois de février. Depuis une quinzaine de jours il marche sans difficulté ; un peu d'induration persiste dans la profondeur du membre, mais elle est l'indice d'une cicatrice solide. J'ai donc tout lieu de croire que la guérison est définitive. Elle a été complète en deux mois, durée très courte pour un traitement de cette nature.

Pendant tout ce traitement, le membre a été maintenu dans l'extension. Par mesure de prudence et surtout en vue de la protection de l'anévrisme contre les violences ou les simples froissements,

j'ai exercé sur la jambe une très douce compression depuis les orteils jusqu'au-dessous du genou. Personne ne pensera que cet enveloppement, pas plus que la flexion de la jambe sur la cuisse, employée préalablement, ait pu avoir une influence réelle sur la transformation de la tumeur. C'est donc aux injections de sérum gélatiné et rien qu'à elles qu'il faut attribuer la guérison.

Je livre ce fait à vos réflexions sans vouloir en tirer aucune conclusion d'ordre général. Je pense que l'extirpation doit être encore considérée comme étant la méthode de choix pour les anévrismes des membres; mais en présence de conditions capables de rendre ce genre d'intervention trop périlleuse, et à plus forte raison dans le cas où toute intervention sanglante serait contre-indiquée, je crois que l'emploi de la méthode de MM. Lancereaux et Paulesco serait légitimé par l'heureux résultat que je vous ai fait connaître.

Hypertrophie des gencives.

M. Berger présente une petite fille âgée de sept ans qui est atteinte *d'hypertrophie des gencives* (*hypertrophie diffuse généralisée dite congénitale*). Il demande l'avis des membres de la Société sur le meilleur procédé opératoire à employer dans ce cas; l'observation sera ultérieurement publiée.

M. Félizet. — Je viens de reconnaître cette enfant, je l'ai vue il y a quatre ans; depuis ce temps la tumeur a pris un développement considérable, elle a envahi tout l'arc maxillaire; elle n'occupait alors qu'un secteur répondant aux incisives.

Le fait que l'enfant a survécu et est sans cachexie nous montre qu'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne; mais le fait que le néoplasme s'est étendu dans les proportions que vous voyez, nous montre qu'il s'agit d'une tumeur à marche assez rapide et comporte l'indication d'agir sans trop tarder.

J'avais vu, il y a une dizaine d'années, un cas analogue : l'examen histologique m'a montré qu'il s'agissait d'un épulis papillomateux simple.

Une opération de destruction des parties molles avait échoué et avait, je l'ai cru, procuré un accroissement de la tumeur.

J'ai fait la destruction totale, non seulement de la tumeur, mais du périoste et du maxillaire lui-même. Je me servis de la gouge, du ciseau plat et du maillet, prenant le seul soin de ne pas ouvrir le plancher des fosses nasales; l'opération fut large, les suites furent

simples et on fut surpris de la rapidité avec laquelle guérit cet énorme délabrement en surface et en profondeur.

Une pièce prothétique a réparé la tranche étendue que je dus établir.

Pour l'enfant que nous présente M. Berger, c'est l'attaque complète et radicale que je propose et je suis persuadé qu'elle réussira.

Pustule maligne guérie par l'ablation et les injections iodées.

M. A. Guinard. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade, Emile D..., âgé de soixante ans, parfaitement guéri d'une pustule maligne.

Cet homme travaille de la corne de buffle pour faire des « baleines de corset ». Le 17 décembre dernier dans la soirée, il a été blessé par un copeau de corne provenant d'une toupie à 4 lames destinée à tailler la corne. Le 18, le 19, le 20, il se présente à une consultation où on ne fait pas le diagnostic de pustule maligne. Le 21 décembre à midi, on m'amène ce malade dans mon service de Saint-Louis, et je trouve au niveau de la tabatière anatomique droite une plaque surélevée de la dimension d'une pièce de 2 francs. La peau est violacée, chagrinée, avec une vésicule centrale claire et un semis au pourtour de petites pustules confluentes. Je trouve dans l'aisselle correspondant un volumineux paquet ganglionnaire, et le malade a 39° 4 ; l'état général paraît d'ailleurs excellent, malgré une pâleur très marquée de la face. L'aspect seul du mal me fit aussitôt penser à la pustule maligne, telle que j'en ai vu jadis à la Pitié pendant les trois ans que j'y ai passés. D'ailleurs, le malade nous dit de lui-même que depuis trente ans, il a vu plusieurs cas de ce genre dans la maison où il travaille.

J'intervins aussitôt (21 décembre à midi) de la façon suivante. Extirpation large de la pustule maligne sous l'anesthésie cocaïnique. Puits profonds au thermo-cautère sur tout l'avant-bras, à deux centimètres environ les uns des autres. Enfin, injections sous-cutanées de trois centimètres cubes *de teinture d'iode pure* dans les intervalles des pointes de feu. Pansement humide (grand enveloppement du membre). Le 22, le 23, le 24 la température resta très élevée et monta à 40°6 le 23, bien que l'état général parût excellent et bien que le pouls ne dépassât jamais 75 pulsations à la minute. Le 24 décembre, je fais de nouveau des injections sous-cutanées de teinture d'iode pure (3 centimètres cubes) et dès le soir la température tombe à 37° 6. Le 25, tout semble rentré dans l'ordre : la plaie a l'aspect d'une plaie basale avec un

peu de réaction inflammatoire au niveau des piqûres de l'avant-bras. Le 6 janvier, le malade quittait l'hôpital en bon état pour revenir les jours suivants se faire panser. Le 4 février 1905, tout était bien cicatrisé, et vous pouvez voir actuellement combien ce traitement a laissé peu de traces. Le malade se plaint seulement de « quelques picotements » au niveau de la cicatrice. Cette cicatrice est mobile sur l'aponévrose et n'est nullement douloureuse au toucher. Comme traitement général, le malade n'a pris que de la quinine (1 gramme par jour).

Le diagnostic bactériologique a été absolument positif, ainsi que cela résulte de la note qui m'a été remise par mon excellent interne M. Bouchot. L'examen microscopique n'a pu donner de renseignements appréciables en raison des modifications produites par le thermo-cautère. Un lapin a été inoculé le 21 décembre au pli de l'aine avec une parcelle de la pustule. Le troisième jour, l'animal commença à refuser toute nourriture. Il parut abattu avec une dyspnée intense et mourut très rapidement (70 heures après l'inoculation). Du point inoculé à l'aisselle, la paroi est transformée en une nappe œdémateuse, véritable gelée tremblotante ; la rate, contrairement à ce qui se voit d'ordinaire, n'est pas très augmentée de volume, elle est rouge violacée, non diffluente. Le foie est très altéré, mou, friable, presque exsangue, avec des parties décolorées blanchâtres. Le cœur contient des caillots fibrineux. Les reins sont gros et pâles. Enfin, le sang contient des bactéridies spécifiques en abondance. Les vaisseaux de l'épiplon, les frottis de rate contiennent en masse des bactéridies charbonneuses. Enfin, l'ensemencement sur gélose et bouillon avec du sang du cœur donne un résultat positif typique.

Dans un récent article de la *Gazette des hôpitaux* (7 mars 1905) MM. Toupet et Lebret insistent sur les bienfaits en pareil cas de la médication iodée à hautes doses, et ils préconisent le lipiodol en injections sous-cutanées. Chaque centimètre cube de cette huile iodée représente CCCCXXVIII gouttes de teinture d'iode. On voit par là qu'en injectant sous la peau de la fesse 5 à 10 centimètres cubes par jour de lipiodol, on arrive à faire assimiler une quantité considérable de teinture d'iode. Sans nier l'action générale de cet iode sur l'infection sanguine, je crois qu'il ne faut pas négliger les injections locales telles que je les ai pratiquées. A l'avenir je me servirai du lipiodol qui est évidemment plus actif que la teinture d'iode pure. Jusqu'ici on employait des injections iodées à 4 p. 1000, à 2 p. 1000, à 2 p. 100 (Verneuil). Cette observation montre que la teinture d'iode pure conseillée déjà par M. Théophile Anger donne de très bons résultats. Il ne faut pas chercher à diminuer le titre de la solution, bien au contraire. C'est plutôt en augmentant la

quantité d'iode absorbée qu'on aura des chances d'améliorer les résultats thérapeutiques. A ce point de vue, le lipiodol me semble excellent : mais j'avoue que je ne me bornerais pas à l'employer en injections intra-musculaires à distance. Je crois qu'il faut, comme je l'ai fait ici, agir par l'iode localement à la source même de l'infection et dans son voisinage immédiat, d'autant plus que l'absorption de l'iode a du même coup son action sur l'infection sanguine générale.

M. Lucas-Championnière. — Je ferai remarquer à mon collègue M. Guinard ce que j'ai signalé depuis bien longtemps à la Société de chirurgie, c'est qu'il a fait une intervention bien compliquée alors que j'ai rapporté des observations de l'intervention si simple par l'eau phéniquée qui avait été préconisée par le Russe Jarnowski.

L'injection sous la pustule maligne d'eau phéniquée au vingtième et au quarantième a donné les résultats les plus complets et les plus simples.

Jarnowski, qui exerce dans la province de Nijni où les cas sont d'une fréquence extrême, a publié ses cas par centaines.

Les injections répétées sous la pustule et suivant l'importance du gonflement n'ont besoin d'aucun complément.

Un pansement à l'huile phéniquée sur la pustule elle-même sans cautérisation ni excision est parfaitement suffisant.

Aucun traitement n'est plus simple ni moins douloureux ni plus efficace.

Monstre hétéradelphe.

M. Cunéo présente un *monstre hétéradelphe*, âgé de vingt et un ans, et demande l'avis de la Société de chirurgie sur l'opérabilité de ce malade. — M. Poirier, rapporteur.

Anévrisme cirsoïde de la région parotidienne, avec accès épileptiformes. Ligature de la carotide externe combinée à l'injection de liquide de Piazza dans la tumeur.

M. Tuffier. — Je vous prie d'examiner ce malade qui opéré depuis un mois est guéri d'un anévrisme cirsoïde qu'il portait depuis cinq ans. J'ai eu l'occasion d'intervenir avec succès dans

trois cas de lésions vasculaires de la région parotidienne du même genre et je compte vous les communiquer. La ligature de la carotide ou des carotides est absolument insuffisante dans ces cas; j'ai joint à cette ligature une injection simultanée de liquide de Piozza dans la tumeur.

Arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne.

M. Pierre Delbet. — J'ai retrouvé par hasard un malade auquel j'ai pratiqué le 14 novembre 1903, une arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne du pied gauche pour une tarsalgie très douloureuse, qui rendait la marche absolument impossible.

Je n'insiste pas sur l'observation, car je vous ai déjà présenté ce malade. Je l'ai prié de venir simplement pour vous faire constater la persistance du résultat. Actuellement, seize mois après l'opération, le malade peut faire les plus longues courses sans souffrir.

J'ai opéré ce malade à Bicêtre. Lorsque j'eus quitté cet hôpital, mon ami Legueu, qui m'y a remplacé, a pratiqué la même opération sur le pied droit.

M. Legueu. — J'ai fait en effet de l'autre côté la même opération, les fiches ont du être enlevées rapidement parce qu'elles étaient mal supportées, mais le résultat a été excellent.

Présentations de pièces.

Deux prostates enlevées par la méthode de Freyer.

M. F. Legueu. — Je vous présente deux prostates enlevées par la voie transvésicale de Freyer, sur deux malades qui sont aujourd'hui guéris; l'un a déjà quitté l'hôpital et l'autre opéré, depuis le 12 janvier va sortir bientôt.

Ces deux pièces sont très différentes l'une de l'autre et nous permettent de voir ce que l'on obtient comme pièces par la méthode de Freyer.

Sur la pièce n° 1 vous voyez la prostate tout entière, en un morceau de 35 grammes, avec tout l'urètre prostatique traversé par la sonde.

C'est la prostatectomie complète, totale; il ne reste en place que la capsule, que la loge prostatique, et certes jamais la voie périnéale n'a permis de faire des extirpations aussi larges. D'ailleurs cette ablation si large n'est pas nécessaire : elle a même des inconvénients, il en résulte des hémorragies immédiates très importantes dues sans doute à la blessure des plexus veineux prévésicaux.

La pièce n° 2 au contraire représente le type de ce que l'on fait, je dirai même de ce que l'on doit faire par la prostatectomie hypogastrique. La prostate est enlevée en totalité; elle pèse 90 grammes, elle a ses deux lobes latéraux et son gros lobe médian, mais il manque la paroi antérieure de l'urètre, et l'abandon dans la plaie de cette bande antérieure, si elle constitue une difficulté opératoire, a l'avantage de mettre en garde contre les hémorragies importantes et immédiates que je signalais tout a l'heure.

Ces pièces sont ainsi très différentes de celles que je vous présentais l'année dernière et qui n'était qu'une énucléation intra-prostatique. Ici au contraire la prostatectomie est *totale*, et pour la faire, il suffit de passer dans le bon plan de clivage, facile à reconnaître d'ailleurs et au niveau duquel la prostate se laisse très facilement énucléer de sa loge.

En ce qui concerne le rétablissement de la miction, je ferai remarquer que le malade dont tout l'urètre prostatique a été enlevé a uriné seul le lendemain même de l'opération et il n'a cessé d'uriner seul ultérieurement. Il urine maintenant quatre ou cinq fois par vingt-quatre heures des urines claires et vide sa vessie.

Chez l'autre, au contraire chez lequel l'urètre prostatique est en partie conservé, le retour de la miction a été beaucoup plus tardif.

L'un et l'autre sont faciles à sonder : l'urètre n'a plus qu'une longueur de 18 centimètres au lieu de 22 et ne présente aucune trace de sténose.

M. TUFFIER. — J'ai fait un certain nombre de prostatectomies par la méthode sus-pubienne de Freyer, l'opération est simple et en général facile, mais l'impression qui m'est restée, c'est que même dans les opérations simples par énucléation le suintement sanguin post-opératoire est toujours plus abondant et plus gênant que dans l'opération périnéale. C'est cet inconvénient qui oblige Freyer a mettre cet énorme tube à drainage plus gros que le pouce dans la vessie; on peut ainsi debarrasser ultérieurement la cavité vésicale de ses caillots, souvent même il est nécessaire de laisser ainsi une large voie d'accès sur le champ opératoire.

Election.

NOMINATION D'UNE COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES TITRES DES CANDIDATS A UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Nombre de votants : 30.

MM. Reclus	obtient :	28	voix.
Demoulin	—	28	—
Rieffel	—	25	—
Arron	—	5	—

En conséquence MM. RECLUS, DEMOULIN et RIEFFEL sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette



SÉANCE DU 22 MARS 1905

Présidence de M. Schwartz.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Kirmisson présente une observation intitulée : *Luxation iliaque gauche spontanée au début d'une coxalgie*, travail de M. Gaudier.

Ce travail est envoyé à une Commission dont M. Kirmisson est nommé rapporteur.

Rapports.

Fracture par enfoncement de la voûte du crâne avec fissure irradiée à la base. Intervention. Guérison,
par M. Ch. Lenormant, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. A. DEMOULIN.

Notre jeune et distingué collègue, M. Ch. Lenormant, nous a présenté, dans la séance du 29 juin 1904, un homme de trente-cinq ans, chez lequel il est heureusement intervenu, pour un enfoncement de la voûte du crâne avec fissure irradiée à la base, enfoncement accompagné de signes de localisation cérébrale.

Je m'excuse d'avoir laissé passer de longs mois, avant de vous présenter le rapport dont vous avez bien voulu me charger, car j'ai, par mon retard, mal répondu à l'empressement de M. Lenor-

mant, qui a voulu en nous montrant, ici, l'un de ses premiers succès comme chirurgien des hôpitaux, nous prouver que les juges qui l'ont nommé ont fait un excellent choix et qu'il a su mettre à profit les enseignements des maîtres qui l'ont instruit.

Voici l'observation que M. Lenormant m'a remise à l'appui de sa présentation :

Eugène T..., trente-cinq ans, entre, le 8 juin 1904, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise Paré.

La veille, dans l'après-midi, cet homme avait été blessé par la chute de la flèche d'un tramway électrique à trolley, et la lourde poulie de métal de cette perche, était venue le frapper violemment à la région pariéto-temporale droite. Il ne perdit pas connaissance immédiatement et fut transporté dans une pharmacie où il eut une syncope de courte durée; puis il fit, à pied, 200 mètres environ pour rentrer chez lui.

Pendant la nuit, il souffrit de vives douleurs de tête et eut, à plusieurs reprises, des nausées et des vomissements. Le lendemain, il se faisait conduire à l'hôpital.

Au moment de son entrée, ce malade présentait une série de symptômes locaux et de troubles fonctionnels, permettant d'affirmer l'existence d'une fracture du crâne.

Localement, on constate, au niveau de la région pariéto-temporale droite, un volumineux épanchement sanguin sous-cutané au-dessous duquel il semble que la voûte cranienne présente une dépression; la palpation, à ce niveau, est douloureuse; il existe en outre, au milieu de la fosse temporale, une plaie linéaire de 3 ou 4 centimètres qui paraît superficielle.

Le blessé n'a eu ni otorragie, ni épistaxis, mais il présente à la partie inférieure et externe de l'œil droit une ecchymose sous-conjonctivale rouge-vif; l'ecchymose palpébrale n'existait pas encore à ce moment, mais elle apparut dans les jours suivants encerclant les deux yeux comme une paire de lunettes.

Les *troubles fonctionnels* les plus nets portent sur la motilité. Il y a une paralysie faciale gauche complète, et absolument évidente. Du côté des membres inférieurs, rien; du côté du membre supérieur gauche, il n'y a pas de paralysie, mais une certaine incoordination des mouvements : quand on dit au malade de serrer la main, il tâtonne et ne peut trouver la main de son interlocuteur, mais, lorsqu'on la lui a donnée, il la serre avec autant de force que du côté sain.

Le blessé n'est pas dans le coma, mais il est somnolent et ne se souvient plus des circonstances de l'accident. La parole est embarrassée, bredouillée.

Température : 38°2.

La concordance des symptômes locaux et des troubles fonctionnels présentés, par ce blessé permettait d'affirmer une fracture du crâne. Le siège de la lésion à la partie inférieure de la fosse temporale correspondait bien à la compression, par les fragments enfoncés ou par un caillot, de la partie inférieure et antérieure de la zone rolan-

dique : d'où la paralysie faciale contralatérale et l'embarras de la parole dépendant, peut-être, d'une paralysie partielle des muscles de la langue, tandis que les centres moteurs des membres, plus haut situés, restaient indemnes.

Le siège de la fracture, à droite, expliquait l'absence d'aphasie.

Dans ces conditions, une intervention sur le foyer de fracture paraissait absolument indiquée.

Opération le 8 juin, à 6 heures du soir; chloroforme. — On taille, au niveau de la région temporale un lambeau cutané convexe, à pédicule inférieur, qui, rabattu, découvre le muscle; celui-ci est réduit en bouillie, infiltré de sang; il est désinséré à la rugine, et, au-dessous de lui, on constate une large fracture étoilée, occupant toute l'écaille temporale et la partie inférieure du pariétal; tous les fragments sont profondément enfoncés au niveau du centre de l'étoile.

Un premier fragment est soulevé, assez difficilement, avec la rugine faisant levier; puis les autres sont enlevés facilement : il reste alors, dans la voûte cranienne, une perte de substance large comme une paume de main, à travers laquelle on aperçoit la dure-mère. Peut-être eût-il mieux valu essayer de relever les fragments sans les enlever, mais leur nombre, leurs faibles dimensions, la nécessité de voir l'état des organes sous-jacents, nous ont fait préférer l'ablation.

Entre la dure-mère et l'os fracturé, il n'y a pas le gros caillot classique, le sang ayant pu filtrer dans l'écartement des fragments; mais toute l'étendue de la dure-mère mise à découvert, est tapissée de caillots noirs en nappe mince; une artériole méningée donne un jet de sang et est saisie dans un point de catgut.

La dure-mère est intacte partout, sauf à la partie toute supérieure du foyer où elle présente une section linéaire de 3 centimètres environ, laissant écouler du liquide céphalo-rachidien; cette petite plaie est fermée par quelques points de catgut.

Les débris du muscle temporal et le lambeau cutané sont ensuite rabattus sur la perte de substance cranienne et fixés par des crins de Florence. En arrière, on laisse passer une mèche de gaze qui va tamponner le foyer.

Les *suites opératoires* ont été excellentes. La mèche fut enlevée le troisième jour. La température n'a jamais dépassé 37°8. Les fils cutanés ont été enlevés le huitième jour : réunion par première intention.

La paralysie faciale a complètement disparu au bout de quarante-huit heures. Le lendemain de l'opération, le malade présentait un certain degré de parésie du membre supérieur gauche, dû peut-être, à la compression par la mèche; elle disparut rapidement sans laisser de trace. L'embarras de la parole a persisté pendant une semaine environ. L'état psychique est redevenu absolument normal et le malade a pu nous raconter, lui-même, tous les détails de son accident.

Le 25 juin, il quittait l'hôpital parfaitement guéri, obligé seulement de porter une plaque protectrice, au niveau de son orifice cranien.

Cette observation est intéressante à différents points de vue.

Je signalerai d'abord, l'absence des signes de la commotion cérébrale. Après un traumatisme cranien des plus violents et des plus étendus, le blessé ne perd pas connaissance, et après avoir été pansé dans une pharmacie, il peut faire deux cents mètres à pied pour revenir chez lui. C'est là un fait d'autant plus remarquable, qu'il y avait enfoncement des fragments vers la cavité cranienne, et par conséquent compression de l'encéphale. Cette absence de symptômes diffus primitifs est assez rare pour qu'elle mérite d'être relevée..

J'arriverai, dans un moment, à d'autres remarques.

Que mon jeune collègue me permette, en passant, quelques petites critiques.

Il dit, dans son observation, que la paralysie faciale centralatérale était complète. J'en suis un peu surpris, car dans les paralysies faciales d'origine corticale, on trouve bien les signes de la paralysie du facial inférieur, mais le facial supérieur paraît intact; le malade ferme bien simultanément les yeux, cependant, comme l'avait signalé Potain, il ne peut plus volontairement fermer isolément l'œil du côté paralysé; de plus si le malade ferme les deux yeux volontairement et énergiquement, le médecin, ainsi que l'a signalé Legendre, soulève avec son pouce la paupière supérieure beaucoup plus aisément du côté paralysé que du côté sain. Il eût été, me semble-t-il, intéressant de bien rechercher toutes ces particularités de la paralysie faciale, d'origine corticale, succédant à un traumatisme.

M. Lenormant dit encore, dans son observation, que le bredouillement de la parole était dû, probablement, à une paralysie partielle des muscles de la langue; il aurait dû s'en assurer.

Notre collègue signale, enfin, l'incoordination des mouvements du membre supérieur gauche. Je ne sais si le fait pour le blessé de tâtonner pour trouver la main de son interlocuteur, main qu'il serre, une fois qu'on la lui a donnée, avec autant de force que du côté sain, suffit pour justifier le mot incoordination, car pour qu'il y ait incoordination, il faut que le blessé soit incapable de diriger la force, la direction et l'étendue du mouvement. D'ailleurs le blessé était somnolent, ce qui permet de penser qu'il ne comprenait peut-être pas très bien, ce qu'on lui commandait de faire.

La conduite tenue par M. Lenormant, lors de son intervention ne mérite, me semble-t-il, que des éloges pour la façon dont il a traité les lésions craniennes et soulève, une petite objection, pour la manière dont il s'est comporté vis-à-vis de la dure-mère déchirée.

Notre collègue se demande s'il n'aurait pas mieux fait de laisser en place, les esquilles craniennes qu'il s'est résolu à enlever, d'où

une perte de substance du crâne de la largeur de la paume de la main.

Je crois qu'il n'a rien à regretter, car ces esquilles étaient petites, multiples, et il semble aujourd'hui bien démontré que ces esquilles, même si elles ne sont pas infectées, sont offensantes dans un grand nombre de cas, pour l'écorce cérébrale, et peuvent donner lieu, par la suite, à des troubles cérébraux plus ou moins tardifs.

La dure-mère était déchirée sur une étendue de 3 centimètres environ, à la partie supérieure de l'enfoncement, et cette plaie laissait s'écouler un peu de liquide céphalo-rachidien. M. Lenormant l'a suturée. Sa conduite a-t-elle été la bonne? Oui, puisque l'intervention a été couronnée de succès. Mais ce point est toutefois discutable. Il ne faut pas oublier qu'il y avait plaie du tégument externe, que le muscle temporal était en bouillie, qu'il pouvait par conséquent y avoir infection des méninges molles et du liquide céphalo-rachidien, d'autant mieux que l'intervention n'a eu lieu que plus de vingt-quatre heures après l'accident. Je crois qu'il aurait été plus prudent d'agrandir, au besoin, un peu, la plaie de la dure-mère, afin de drainer par une mèche distincte l'espace sous dure-mérien, quitte à rapprocher ensuite par des sutures les lèvres de la plaie dure-mérienne.

Je sais bien que la dure-mère est la meilleure barrière contre les infections méningées, mais en cas de doute sur l'asepsie de la plaie, j'estime que même en présence d'un léger écoulement de liquide céphalo-rachidien, il vaut mieux drainer.

Telles sont les quelques considérations qui m'ont été suggérées par l'intéressante présentation de M. Lenormant, je vous propose de l'en remercier, et d'insérer dans nos bulletins, l'observation qu'il nous a remise à l'appui de cette présentation.

M. Broca. — A propos du petit point spécial, étudié par M. Demoulin, relatif à la paralysie faciale traumatique, corticale, j'en ai observé un cas chez un enfant, atteint de fissure du pariétal gauche, sans plaie ni hématome du cuir chevelu, sans enfoncement ni déplacement des fragments. La paralysie, qui ne prenait que le facial inférieur, fut secondaire, débuta au deuxième jour et augmenta assez rapidement, en sorte que cela me parut indiquer la formation d'un hématome cortical; je trépanai donc, et sous la dure-mère parfaitement saine je trouvai en effet cet hématome. L'enfant a guéri, et je l'ai revu, sans paralysie aucune, huit ans après l'opération.

Perforation d'un ulcus duodénal pris pour une appendicite. Diagnostic de ces perforations. Développement de l'ulcère aux dépens d'un adénome Brunnerien, par M. De Rouville.

Rapport de M. TUFFIER.

La question du diagnostic des perforations du duodénum qui nous a été posée par l'observation de M. De Rouville, est toute d'actualité, et comme à son observation il a joint de nombreux et intéressants commentaires anatomo-pathologiques et cliniques, vous me permettrez d'insister sur les déductions que comporte ce travail.

Voici d'abord le fait de l'auteur : Un jeune homme de vingt-deux ans est pris, à 3 heures du matin, en pleine santé et sans aucun antécédent morbide, d'une douleur atroce au creux épigastrique, il est transporté à l'hôpital, et à 11 heures, c'est-à-dire 8 heures après le début des accidents, M. De Rouville le trouve dans l'état suivant : facies grippé, nez froid, yeux excavés, pouls à 160, température à 37 degrés, quelques régurgitations sans vomissements. La situation était donc très grave. La *région épigastrique*, siège d'une douleur *spontanée*, est souple et sonore, l'abdomen est rétracté mais douloureux, et la douleur maxima existe nettement et certainement *dans la fosse iliaque droite* au niveau du point de Mac Burney. Le malade est dans un tel état qu'il répond mal aux questions et que l'existence première d'une douleur épigastrique n'a pas été signalée à ce moment. Notre collègue pense à une péritonite par appendicite perforante ; il incise la fosse iliaque : un flot de liquide sanieux et purulent s'en échappe, mais le cæcum et l'appendice sont normaux, à peine plus vascularisés que normalement; devant l'état précaire du malade, on se contente de drainer; le malade succombe quarante-huit heures après l'opération. L'autopsie montre *sur la face postérieure de la première portion du duodénum* une perforation triangulaire à angles arrondis, à bords épais, et dont l'examen anatomo-pathologique a été fait par M. Bosc.

A propos de ce fait, M. De Rouville se demande loyalement si l'erreur qu'il a commise était évitable et si elle est fréquente, et comment on pourrait éviter de confondre ainsi une perforation du duodénum avec une perforation de l'appendice. Il a cherché à s'éclairer consciencieusement par un certain nombre de recherches, et je crois que mes faits personnels et nos souvenirs à tous pourront le rassurer et établir quelles difficultés souvent insurmontables présente ce diagnostic.

Mais avant d'aborder cette discussion, je dois envisager l'*anatomie pathologique même de cet ulcus*; je diviserai donc ce rapport en deux chapitres : une partie *anatomique* que je vous exposerai simplement, car il nous est difficile de la discuter, et une partie *clinique* sur laquelle j'insisterai davantage.

L'ulcère duodénal trouvé à l'autopsie et étudié par M. Bosc, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Montpellier, a révélé un fait rare, si toutefois il a déjà été signalé. Pour en comprendre tout l'intérêt, vous me permettrez de vous rappeler ce qu'est l'*ulcère duodénal classique* et ce qui le différencie des *ulcères de l'adénome Brünnérien*. Voici la note remise par M. le professeur Bosc : « Le duodénum, à sa face postérieure et au niveau de la tête du pancréas, présente une perforation de forme triangulaire, à angles arrondis, à bords épaissis; tout autour, la paroi intestinale est épaisse et résistante. Le duodénum étant ouvert dans le sens de sa longueur, on constate un état boursouflé et épaissi de la muqueuse, sur une assez grande étendue. Autour de l'orifice, on trouve en même temps une induration et une rigidité spéciale de la paroi. Autour des bords arrondis de la perforation triangulaire, la muqueuse est soulevée, indurée et de coloration foncée; cette induration de la muqueuse présente à la coupe une épaisseur de 5 à 6 millimètres. »

Cette description est classique, n'insistons pas; mais voici qui l'est moins : Nous connaissons bien depuis le travail de Letulle (*Presse médicale*, 1894), l'histologie pathologique de l'ulcère du duodénum : « De toutes les couches envahies, c'est toujours la muqueuse duodénale, et dans cette muqueuse, ce sont toujours les parties les plus superficielles qui sont le plus largement atteintes. Les glandes de Brünner qui, normalement, forment au-dessous de la couche muqueuse une deuxième couche glandulaire plus épaisse du double que la couche des glandes de Lieberkuhn, du moins dans les régions juxtapyloriques, peuvent être complètement détruites par l'ulcère; sur les bords de la perte de substance, ces glandes apparaissent avec *leurs acini plus petits, comme tassés, enserrés dans une gangue interstitielle, infiltrée d'éléments embryonnaires*. Les épithéliums clairs de Brünner conservent souvent, jusqu'à la fin, leur aspect caractéristique, à moins que les acini dilatés et *en voie de nécrose*, ne contiennent plus que des cellules effritées, munies de rares noyaux pâles, déjà à demi nécrosés. La couche sous-muqueuse demeure maintes fois à peu près intacte, jusqu'à une très faible distance des bords de l'ulcère; à ce niveau seulement, elle prend l'aspect d'*un tissu cononctif plus ou moins vivement enflammé*; les vaisseaux se dilatent,

surtout les veinules; les espaces conjonctifs se gorgent d'*éléments lymphatiques embryonnaires* ou bien développés; aussi la paroi de l'ulcère formée par un tissu manifestement nécrosé, contraste souvent par son ton pâle et sa pauvreté en éléments nucléaires, avec la bordure connective inflammatoire, largement vivante, dont nous venons d'esquisser les caractères. Les couches musculeuses, quand elles sont perforées, apparaissent sur les bords de l'ulcère comme dissociées (et cela dans une très petite étendue) par des *infiltrations embryonnaires* et des proliférations vasculaires interstitielles. »

L'aspect des lésions apparaît bien différent sur les coupes de la pièce faites par le professeur Bosc : « A quelque distance des bords de l'ulcère, on constate que *l'épaississement des parois duodénales est dû exclusivement à une énorme prolifération des glandes de Brünner* qui, dans la profondeur, *dépriment la couche musculaire* et *pénètrent plus ou moins entre ses fibres.* A la surface, les villosités intestinales persistent; mais il n'en reste pour ainsi dire que le squelette, l'épithélium de revêtement ayant à peu près complètement disparu; elles contiennent des lymphatiques très fortement dilatés, et leur tissu est en voie de nécrose. Au-dessous, il existe une couche de *prolifération brünnérienne* en dégénération; les cavités adénomateuses sont séparées par des *parois infiltrées de leucocytes*; leur épithélium, en voie de destruction plus ou moins avancée, desquame dans la lumière de ces tubes. *Ce processus dégénératif* s'enfonce çà et là dans la profondeur, où l'on trouve également des foyers de dégénérescence isolés. A mesure que l'on se rapproche des bords de l'ulcère, *cette dégénérescence s'accentue.* Les villosités finissent par disparaître complètement; les cloisons qui séparent les productions adénomateuses se rompent; les éléments épithéliaux disparaissent; on ne trouve plus qu'une sorte de réseau en dentelle irrégulière qui, tout à fait sur les bords de l'ulcère, a envahi toute la profondeur de la prolifération. En même temps, la couche musculaire devient, au voisinage de la perforation, de moins en moins colorable par les réactifs, et au lieu de présenter des fibres lisses bien distinctes, prend l'aspect d'un tissu fibreux, finement granuleux et sans structure, qui se laisse dissocier sur les bords de l'ulcère. »

Un simple coup d'œil jeté sur les dessins annexés par M. De Rouville à ce travail, image fidèle de la préparation microscopique, suffit à montrer le caractère distinctif des lésions, à savoir l'énorme prolifération des culs-de-sac glandulaires, constituant une véritable néoplasie épithéliale, un adénome en nappe, dans le tissu duquel a été taillée la perforation. Et en comparant la figure n° 1 à la figure n° 2, il n'est pas possible de ne pas être

frappé par la presque identité des lésions que ces deux figures représentent. Or, la figure n° 2 est relative à un *ulcère de l'estomac développé aux dépens d'un polyadénome gastrique* ; c'est le premier et seul cas d'ulcère de l'estomac reconnaissant semblable origine; il a été publié par Hayem dans la *Presse médicale* (4 août 1897).

Indépendamment des polypes muqueux de l'estomac, des polyadénomes en nappe, surtout décrits par Ménétrier, et des polyadénomes nodulaires analogues aux polypes muqueux, mais sans pédiculisation, « il existe, dit Hayem, des tumeurs qui rentrent anssi *dans le genre polyadénome*, dont l'histoire clinique est des plus intéressantes. Ces tumeurs revêtent le type des glandes de Brünner et j'ai proposé de les appeler : *polyadénomes à type brünnérien* ». Il en rapporte deux cas typiques et montre les rapports que ces tumeurs affectent, d'une part, avec l'ulcère, d'autre part, avec le cancer. Dans le premier de ces cas, le seul qui nous intéresse, l'ulcère était double; l'un était perforant, l'autre en évolution. « La région du cardia est occupée par une nappe adénomateuse étendue, produite par le développement d'une variété particulière de tumeur, la variété brünnérienne. Cette tumeur part d'une transformation adénomateuse vulgaire interne (située en dedans de la muscularis) pénètre au-dessous par perforation ou dissociation de la muscularis, et forme une grosse masse lobulée, dans le tissu sous-muqueux, qui paraît être le siège principal de ce genre d'adénome. Les résultats du développement de cet adénome ont été d'une part l'atrophie de la muqueuse, de l'autre, l'atrophie et la dissociation de la musculeuse, ce qui a permis à l'un des ulcères d'être perforant. »

Et voici le résultat de l'examen microscopique : « une étude faite au microscope, avec un grossissement modéré, en allant des régions les plus éloignées de l'ulcère jusqu'à l'ulcère, montre que, sur les parties périphériques du placard malade, la lésion commence par une *hypertrophie adénomateuse* des parties profondes des glandes qui ont le type pylorique; qu'en se rapprochant du centre, *les tubes glandulaires adénomateux poussent des prolongements à travers la musculaire*, et forment alors dans le tissu glandulaire sous-muqueux des lobules glandulaires ressemblant absolument aux glandes de Brünner. Bientôt on arrive sur la partie la plus épaisse de ce tissu glandulaire, au voisinage immédiat de l'ulcère. Pendant que la couche glandulaire de la muqueuse va en s'amincissant, pour disparaître par nécrobiose au niveau du cône de l'ulcère, les tuniques celluleuse et musculaire sont refoulées latéralement par le néoplasme. Au niveau de la perforation, tout le cratère est en rapport *avec le tissu adénomateux*, les couches mus-

culaire et cellulaire sont rejetées sur les côtés. Sur le bord des ulcères la muqueuse est amincie, villeuse en voie d'atrophie, infitrée de petits éléments. Au niveau de l'ulcère non perforé, la pointe du cône est formée par une bande fibreuse où on ne voit plus de fibres musculaires. Dans les parois des ulcères on constate une irritation interstitielle allant de la surface aux couches profondes, de nombreux vaisseaux oblitérés par du sang coagulé, des lésions dégénératives de quelques portions de la masse adénomateuse. Les arborisations vasculaire dépassent les limites de l'adénome. Au-dessous, le tissu fibreux est épaissi. Autour des ulcères, dans une grande étendue les vaisseaux élargis et remplis de sang, semblent indiquer une gêne circulatoire prononcée ».

Nous n'avons pas hésité à reproduire dans leur totalité les descriptions histo-pathologiques des *ulcères, classiques en quelque sorte*, de la portion supérieure du tube digestif, et des *ulcères nés aux dépens de productions polyadénomateuses* telles que les conçoit Hayem. Les lésions diffèrent sensiblement, semble t-il, dans l'un et l'autre cas, et on peut en résumer les caractères distinctifs de la façon suivante : *Dans les premiers, la prolifération des éléments embryonnaires* domine ; cette prolifération apparaît comme le phénomène primitif qui tient sous sa dépendance les autres lésions constatées ; la lésion première semble avoir pour siège le stroma conjonctif dont les modifications entraînent, comme conséquences nécessaires, les altérations constatées au niveau des glandes, des couches musculeuses, des vaisseaux.

Dans les seconds, au contraire, les lésions glandulaires dominent ; quel qu'ait été le mécanisme de la production, l'adénome par la place prépondérante qu'il occupe dans la zone pathologique, apparaît, à l'examen des coupes, comme le *primum movens* des lésions d'importance secondaire qui l'accompagnent ; la rareté des éléments embryonnaires, semés çà et là dans les préparations, autorise, semble-t-il, à considérer ces éléments comme des produits de la réaction du tissu interstitiel, sous l'influence de la néoplasie épithéliale jouant le rôle d'un véritable corps étranger, et la dissociation, le refoulement mécanique des couches musculeuses, plaident dans le même sens.

En somme dans les faits d'Hayem, comme dans celui de M. de Rouville, c'est *aux dépens du tissu adénomateux que s'est creusé l'ulcère*. La localisation de l'adénome seule diffère ; stomacal ici, il est là *duodénal* ; mais il est *brünnérien* dans les deux cas ; car nous savons bien aujourd'hui, que, dans la région pylorique de l'estomac, il existe des glandes anatomiquement fort voisines des glandes de Brünner.

Ce polyadénome, est, comme celui d'Hayem, une tumeur

bénigne et nous ne saurions adopter la manière de voir de Ménétrier (1), quand il dit : « Hayem décrit sous le nom de polyadénome à type brünnérien une néoplasie constituée au dépens de culs-de-sac glandulaires de la muqueuse gastrique, qui prennent une apparence très semblable à celle des glandes de Brünner, et végètent, après avoir perforé la muscularis-mucose, dans la couche musculeuse sous-muqueuse. Hayem a de plus observé la dégénérescence cancéreuse de cette lésion *qui nous paraît du reste, en raison de la tendance des épithéliomas proliférés, à bourgeonner en dehors de leur couche normale, devoir être plutôt rangée parmi les épitéliomas.* » Nous savons, en effet, depuis les recherches de Renaut, en 1879, que les glandes de Brünner sont disposées en deux groupes superposés, l'un situé en dedans de la musculaire muqueuse (groupe interne), l'autre placé en dehors de cette membrane, dans le tissu sous-muqueux (groupe externe, sous-muqueux ou intermusculaire). Ne peut-on dès lors concevoir que ce dernier groupe de glandes, quand il devient le siège de la prolifération épithéliale qui aboutit à l'adénome, puisse, grâce au voisinage de la couche musculeuse, envahir cette couche, en dissocier et en écarter les fibres, sans qu'on soit obligé de faire intervenir la transformation maligne? Rien dans l'examen microscopique de notre tumeurs ne nous autorise d'ailleurs à penser à la nature épithéliomateuse.

Cette prolifération glandulaire est-elle primitive et devient-elle une cause de localisation pour l'ulcère, ou bien est-ce l'agent infectieux lui-même, cause de l'ulcère, qui provoque cette réaction glandulaire? Vous comprenez bien que je me garderai de trancher cette question, et je passe à la partie clinique de l'observation.

La difficulté du diagnostic de ces perforations du duodénum et les erreurs sont fréquentes.

Pour ma part, voici trois faits dans lesquels j'ai été aux prises avec ces difficultés : Un malade entre dans mon service à la Pitié, salle Michon, en 1898, avec tous les signes d'une péritonite diffuse. Le chirurgien de garde appelé examine et interroge longuement le malade. Il conclut à une appendicite, ouvre la fosse iliaque, donne issue à un pus sanieux et se contente de drainer; quarante-huit heures après, le malade meurt et à l'autopsie, je trouve une perforation du duodénum.

Il y a deux ans, avec mon interne si distingué, M. Guibal, nous

(1) Ménétrier : art., « tumeur », in *Traité de Pathologie générale*, de Bouchrard.

examinons une femme entrée dans mon service avec tous les signes d'une péritonite diffuse aiguë. La douleur maxima est dans la *fosse iliaque droite*. Sept heures avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise d'une douleur soudaine et violente dans la région épigastrique. Bien que nous ayions posé le diagnostic : perforation de l'estomac, je donne le conseil d'ouvrir d'abord la fosse iliaque droite où on trouve des matières alimentaires et du liquide sanieux épanché, une incision médiane découvre ensuite la perforation de l'estomac qui est suturée. Je vous ai présenté la malade guérie et mon interne a publié l'observation dans la *Revue de chirurgie* de l'année dernière (1).

Enfin cette année même, au numéro 3 de la salle Ambroise Paré, à l'hôpital Beaujon, on m'amène à 10 heures du matin, un homme qui a été pris, deux heures avant, en descendant de la gare Saint-Lazare, d'une douleur généralisée à tout l'abdomen. Il n'a ni vomissements, ni rétraction du ventre, ni ballonnement, ni matité en aucun point. Seul l'examen du sang fait par M. Mauté donne un résultat qui doit faire penser à une perforation, mais cet examen a été fait quelques heures plus tard et à l'entrée du malade, il est impossible de formuler le diagnostic d'une perforation quelconque, cet homme succombe dans les vingt-quatre heures et nous trouvons à l'autopsie une perforation gastrique.

Je crois que chacun de nous pourrait citer des faits semblables. Voyons donc si, au point de vue clinique, il existe des signes capables de nous guider et de nous faire éviter l'erreur.

Nous n'avons en somme, pour nous éclairer, que les *antécédents* et les *commémoratifs rapportés par le malade* et *son état local* au moment même où nous l'examinons. Voyons ce que peut nous donner leur étude. Pour cela nous allons interroger nos faits personnels, 23 cas de perforation dont 10 sur le duodénum.

Le *passé gastrique* du malade, tel que douleurs, hématémèse, vomissements, dyspepsie, bien recherché, a fait défaut absolu 9 fois sur 23 cas (2); 8 fois (3) les observations sont nulles à son sujet et dans 6 cas seulement (4) on relevait des accidents de dyspepsie plus ou moins nets.

Les deux symptômes primordiaux sur lesquels on base généralement le diagnostic, sont la douleur *brusque et violente*, *siège sous-hépatico gastrique* de cette douleur. Étudions dans combien

(1) Guibal. *Revue de chirurgie*, n° 2, février 1904.

(2) J.-L. Faure, Walther, Mabkenzie, Mauclaire, Sebileau, Guinard, Demons, Huntington (oct. 1895).

(3) Lockwood, Eve, Michaux, Reclus, Brissaud, Bruyant, Reclus, Steinhal.

(4) Babinski, Sebileau, Loison, Scheild (1892); Scheild (1894); Souligoux, Brouardel, Guinard.

de cas ils existaient : *La douleur brusque* atroce est notée 18 fois sur 23 cas (1), mais elle *siège* en un point *quelconque* du ventre. Son siège caractéristique sous-hépatico-gastrique est peu fréquent, nous ne le trouvons que dans 5 cas sur 23 (2) alors que 15 fois, c'est-à-dire presque dans les trois quarts des observations, la douleur est notée comme *diffuse*, *sans aucune localisation précise*; vous voyez donc combien il faut être réservé sur la valeur de ces commémoratifs et combien leur absence ne doit en rien préjuger du siège des lésions.

Les symptômes locaux sont-ils plus précis, peuvent-ils nous faire localiser le sujet de la perforation? Au moment où on est appelé auprès du malade on est toujours *en face d'une péritonite diffuse aiguë* et cela quelle que soit la date plus moins rapprochée du début des accidents, si j'en excepte le cas de Guinard (3) où un mécanisme anatomique exceptionnel a retardé le développement d'une péritonite aiguë, tous les autres malades ont été opérés en pleine infection péritonéale.

Si j'insiste sur ce fait, c'est que la péritonite diffuse, peut dater de huit jours lors de l'arrivée du malade et pendant ce temps les accidents peuvent être assez peu marqués pour ne pas alarmer le malade ni le médecin. En voici un exemple que j'ai observé à la Pitié en 1898 (observation rédigée par M. Dumont).

Le 24 novembre 1898 à midi, arrive à la Pitié au pavillon Gerdy, le nommé X..., venant du service de M. Hayem avec le diagnostic d'ulcère floride. Le facies ne présente rien de particulier, les traits ne semblent pas grippés. Le malade cause, parle et explique qu'il a eu des hématémèses et du mœlena, il y a huit ans, que depuis lors il a été plusieurs fois soumis au régime lacté, que les hémorragies n'ont plus reparu mais que les digestions ont toujours été longues, difficiles et douloureuses, notamment dans ces derniers temps ce qui l'obligea à entrer il y a huit jours dans le service de M. Hayem.

A ce moment le malade raconte qu'il aurait été pris *brusquement* d'une douleur intense, s'irradiant dans tout l'abdomen. Mais sans pouvoir préciser le lieu d'élection. Cette douleur aurait amené quelques vomissements. La douleur se serait atténuée depuis l'entrée à Saint-Antoine.

(1) Babinski, Sebileau (1897); Mauclaire (*Soc. anat.*, 1899); Eve (1894); Michaux (1897); J.-L. Faure (1897); Walther (oct. 1890); Walther (juin 1890); Loison (*Soc. de chir.*, 5 janv. 1898); Scott Battams (1883); Brissaud-Monod (1893); Bruyant (1894); Scheild (1894); Scheild (1892); Steinhal (1888); Souligoux, Brouardel (1899); Guinard (1896); Demons (1900).

(2) Michaux (1897); Scott Battams (1883); Demons (1900); Guinard (30 mars 1896 et 9 sept. 1896).

(3) *Soc. de chir.*, 9 septembre 1896.

La langue est sale, saburrale. Ce malade ne vomit pas. La ventre est plutôt rétracté que ballonné, légèrement douloureux au creux épigastrique. La palpation profonde, difficile par suite de la contracture des grands droits semble déceler un empatement profond, une masse au niveau de la région pylorique. Sonorité normale. Température 37 degrés. Pouls bien frappé mais un peu rapide 100.

A trois heures. — Rien de particulier. Le pouls seul paraît moins bien frappé. Pas de vomissements. Sérum 1.000 grammes. On donne à boire au malade du champagne glacé et un peu de lait.

A six heures. — Température 36°5. Pouls rapide 130. Ventre rétracté, douloureux un peu partout, mais notamment au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite. Le malade raconte n'avoir pas été à la selle depuis huit jours. Il paraît y avoir de la submatité dans les flancs. Pas de vomissements.

Devant les phénomènes très nets de péritonite on se décide à intervenir d'urgence.

A huit heures et demie, chloroformisation. — Laparotomie sus-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine se produit un écoulement fort abondant de liquide grisâtre, purulent, sentant affreusement mauvais. On étanche avec des compresses. Le côlon transverse, dilaté, congestionné fait hernie à travers l'incision et est recouvert par places ainsi que l'intestin grêle de fausses membranes. On incline le côlon en bas et l'incision abdominale est prolongée jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Sur le foie et le diaphragme, au-dessus du côlon, se voit alors une quantité énorme de pus, s'infiltrant en tous sens et au milieu de laquelle surnage des débris alimentaires (lait calcifié).

Le tout est étanché consciencieusement et alors on aperçoit nettement sur la paroi antérieure de l'estomac, rattachée profondément, une perforation de la dimension d'une pièce de vingt sous, siégeant en plein centre d'un ancien ulcère. Ses bords sont lisses, tapissés, ourlés par la muqueuse stomacale, blanchâtre à ce niveau.

L'ulcère a les dimensions d'un gros œuf de poule, il est du friable et siège nettement dans la région prépylorique.

Les bords de la perforation sont saisis avec des pinces à dents de souris et attirés vers la paroi abdominale.

L'ulcération est fermée difficilement par quelques points de suture qui coupent la paroi friable de l'estomac à ce niveau.

L'ulcère ainsi fermé est fixé par plusieurs points de fils de soie à la paroi abdominale qui est refermée après un drainage au-dessus et au-dessous de l'ulcère avec des mèches de gaze stérile.

Une ouverture sus-pubienne est rapidement faite, elle donne issue à des quantités de pus qui sort par pression sur les flancs. Deux drains sont introduits par cette ouverture jusque dans le fond des fosses iliaques. Pansement.

1.500 grammes de sérum dans les veines.

L'opération fut terminée en une demi-heure.

Après l'opération, une piqûre d'éther. Une demi-heure après, une

piqûre de caféine. Une autre piqûre de caféine quelques heures après, puis nouvelle injection de sérum, cette fois sous-cutanée.

Le matin à la visite, le malade a sa pleine connaissance, mais malgré toutes les injections faites, il est d'une faiblesse extrême : c'est à peine s'il peut parler. Le facies est tiré, le nez froid et pincé, les lèvres sèches et rouges. Le pouls s'est un peu remonté : il est à 120 et bien perceptible. Mais la température n'est qu'à 36°3, et on a l'impression que le malade ne s'en tirera pas. Pas de vomissements : quelques hoquets qui amènent parfois une mousse jaune-rougeâtre. Ventre peu ballonné : on ne peut juger si la pression y éveille de la douleur, la sensibilité du malade semblant très excessive. Ce dernier meurt dans la matinée.

Autopsie pratiquée le 26 novembre montre qu'on se trouve en face d'une péritonite purulente généralisée. Tout l'intestin, le grêle comme le gros, présente les signes d'une congestion intense. Entre les anses grêles, légères adhérences de date récente (dépôts fibrineux) avec une petite quantité de liquide séro-purulent de couleur mal définie. Dans le petit bsssin — mal drainé par la mèche hypogastrique qui ne pénétrait pas jusque là — un bon verre à boire de liquide franchement purulent mélangé de sang.

Du côté de l'estomac on aperçoit nettement sur la face antérieure de la région pylorique, à environ un travers de doigt en dedans du pylore, un orifice irrégulier, à bords sales, grisâtres, froncés, déchiquetés, orifice qui permet aisément l'introduction de l'index. A la partie inférieure de cet orifice, en aa' et bb', on voit deux fils de soie qui noués, ont légèrement mais incomplètement rétréci l'orifice dans sa moitié inférieure. Quant à la moitié supérieure, elle est largement béante. Autour de l'orifice, çà et là dans les plis de l'épiploon, des débris informes et indéfinissables (petits caillots, dépôts fibriniens, parcelles d'aliments). L'estomac n'est pas ouvert, devant être envoyé intact à M. Hayem, qui se propose d'en faire des préparations microscopiques.

Le reste des organes ne présente rien de très intéressant. Cœur normal. Poumon congestionné et arriéré (congestion hypostatique). Reins normaux, un peu congestionnés cependant.

Le diagnostic porté dans ces 23 cas a été 15 fois (1) celui d'*appendicite*, dans 2 cas on n'ose pas préciser l'origine des lésions et 6 fois seulement (2) on est resté *indécis* en indiquant la région cæcale ou gastrique comme siège de la perforation. Si même vous voulez pousser plus loin l'analyse de ces faits, vous verrez que dans les 15 observations où le diagnostic appendicite a été posé, 6 *fois la douleur maxima à droite a été tellement nette qu'il n'y a eu aucune hésitation.* Dans 6 autres cas la question n'a

(1) Brissaud, Monod (1893); Bruyant (1894) : Scheild (1829); Mauclaire (1899); Sébileau (nov. 1895); Reclus (1898); Walther (1890); Loison (5 janv. 1898); Scott Battams (1883); Michaux (1897); Sebileau (1897); Guinard (1896); Mackenzie (1894).

(2) Steinhal (1888); Walther, J.-L. Faure, Eve, Lockwood (1894); Demons.

pas été tranchée aussi franchement et on lit les mots : « *probablement, sans doute, vraisemblablement* il s'agit d'une appendicite perforante ».

L'erreur est donc souvent inévitable et à la question que pose M. De Rouville, on peut répondre, pièces en mains, qu'elle est fréquente et qu'aucun signe spécial ne permet de l'éviter. Par ordre de valeur des symptômes qui permettent le diagnostic, nous indiquerons 1° le *siège sous-hépatico-gastrique* ; 2° la *soudaineté et la violence atroce* de ce point douloureux ; 3° le *passé gastrique* du malade.

Si j'insiste sur ces symptômes, c'est que, au moment où vous examinerez le malade, vous n'aurez par l'examen des symptômes locaux, qu'une bien faible chance d'arriver au diagnostic : quelques heures après l'accident *tout l'abdomen est douloureux*, très souvent le maximum est *à droite* et ce n'est pas l'absence des vomissements, qui sont notés 12 fois sur 23 cas, ce n'est pas l'absence de la matité hépatique également possibles dans les appendicites perforantes, qui serviront à lever toutes les difficultés du diagnostic et je n'insisterai pas davantage sur cette douleur dans l'épaule gauche que signalent plusieurs observations, elle est trop inconstante.

En somme, Messieurs, quand la triade symptomatique existe : douleur *brusque atroce*, survenant au *creux épigastrique* chez un malade ayant un *passé dyspeptique*, vous pouvez poser le diagnostic ferme mais cela n'arrive pas dans *le quart des cas*. Si *ce trépied est boiteux*, vous pourrez *soupçonner* la lésion, mais vous ne pourrez plus l'affirmer, puisque la douleur primitive et unique peut siéger au point même de Mac Burney.

Quant aux symptômes du côté de l'abdomen, ce sont ceux d'une *péritonite diffuse* et à moins de *matité rapide des deux fosses iliaques*, rien n'indique son origine.

Heureusement, la pratique peut s'accommoder de ces notions incomplètes.

Dans tous les cas où le diagnostic n'est pas ferme, ouvrez la fosse iliaque : vous y trouverez toujours un liquide sanieux et fétide et si le cæcum et l'appendice sont indemnes faites une laparotomie sus-ombilicale médiane et allez à la recherche de la perforation. Votre incision iliaque n'aura pas été superflue, car dans ces cas le drainage des deux fosses iliaques s'impose.

Telles sont, Messieurs, les considérations qui peuvent découler de l'important travail de M. de Rouville ; je vous rappelle que notre collègue de Montpellier nous a envoyé de nombreux et importants travaux témoins de son activité et de sa valeur chirurgicales ; il est depuis longtemps candidat au titre de membre correspondant de

notre Société; je vous prie donc de vous rappeler ses titres lors de nos prochaines élections.

M. Quénu demande à présenter dans la prochaine séance une observation de son service, laquelle est calquée sur celle de M. De Rouville.

Routier. — J'ai observé le fait absolument inverse, à savoir une malade chez laquelle on avait fait le diagnostic de perforation du duodénum et qui avait une appendicite.

En décembre 1896 entrait chez mon collègue Rendu une jeune femme de vingt-deux ans pour des vomissements et des douleurs gastriques.

Elle faisait remonter sa maladie à un accident datant d'un an, elle aurait reçu à cette époque une contusion assez forte, un tonneau de bière aurait roulé sur sa poitrine.

Dans le service de M. Rendu, elle eut quelques jours après son entrée une hématémèse assez abondante vers le 10 décembre.

Une seconde hématémèse le 15 et alors, sans température, mais avec 140 pulsations, le ventre se ballonna, et on me la passa le 16 décembre, au moment où je quittait l'hôpital comme une perforation du duodénum.

La malade était dans un état inquiétant : pâle, le facies péritonéal anxieux, la langue humide cependant, mais le ventre douloureux partout et comme rétracté. Le pouls petit et misérable battait 170 et elle avait 38 respirations par minutes.

Elle vomissait continuellement des matières bilieuses noirâtres.

Il me sembla que cette femme était incapable de supporter la moindre intervention chirurgicale; je ne faisais pas de diagnostic bien précis, je fis injecter 500 grammes de sérum avec 50 centigrammes de caféine.

Deux heures après, je revenais à l'hôpital; après quelques hésitations, je la fis porter sur la table d'opération; là, avant de l'endormir je cherchai de nouveau le maximum de douleur abdominale, et après un examen minutieux, il me sembla que le point de Mac-Burnay était le siège de la plus vive douleur.

Je me décidai donc à pratiquer l'epération de l'appendicite. Le ventre ouvert sur le bord du droit, je fus surpris de ne pas trouver les stigmates de la péritonite; le cæcum était distendu par les gaz, l'appendice sous-cæcal, tordu deux fois sur son axe, le méso très tendu par cette torsion rendit son ablation assez difficile; à peine l'appendice coupé au thermo après la ligature, celle-ci disparut dans la profondeur sous l'influence de la tension du cæcum.

Je fis la suture de la paroi sans drainage.

Cet appendice n'avait de canal que dans le tiers de sa longueur la muqueuse était très ecchymotique; une fois enlevé il restait tordu sur lui-même.

Les suites furent des plus simples : le lendemain matin, le pouls était à 100, la température 36°8, elle avait rendu des gaz, ce qui ne lui était pas arrivé depuis quarante huit heures.

Le 12 janvier 1897 elle quittait mon service en parfait état.

Voilà donc une malade qui a présenté huit ou dix jours d'abord des phénomènes gastriques, qui a eu des vomissements de sang à deux reprises, puis qui, tout-à-coup, a eu des phénomènes de péritonite, avec la douleur sous le diaphragme de telle façon que M. Rendu crut à une perforation du duodénum parce qu'il avait fait d'abord le diagnostic d'ulcère duodénal, et qui en somme avait tout simplement une appendicite.

M. J.-L. Faure. — Je désirerais attirer l'attention sur un signe qui me paraît avoir beaucoup d'importance au point de vue du diagnostic, et dont M. Tuffier n'a rien dit. Je veux parler de la douleur thoracique. Je crois que les douleurs dans le thorax, entre les deux épaules, dans l'épaule droite ou gauche, est un signe particulier aux affections de la région sus-ombilicale de l'abdomen.

Pour ma part, j'ai dans un cas au moins, peut-être dans deux, reconnu une perforation de l'estomac à ce signe seul. Il suffit, je le répète, que la douleur thoracique existe ou ait existé au moment du début des accidents pour qu'on doive penser à une perforation gastrique.

M. Tuffier. — Je répondrai à mon ami M. Routier que si une douleur épigastrique peut marquer le début d'une appendicite, on peut inversement constater une douleur au seul point de Mac Burney comme premier et seul signe d'une perforation d'un ulcère de l'estomac, si je ne me trompe, Walther en a signalé un exemple.

Quant à la douleur thoracique signalée par M. Faure, je n'ai pas eu l'occasion de relever son existence dans mes observations; mais j'ai trouvé plusieurs fois signalée *la douleur de l'épaule gauche* dans le diagnostic des perforations gastriques ou duodénales.

Communication.

Anévrisme poplité. Extirpation. Gangrène de la jambe,

par J.-L. FAURE.

L'extirpation des anévrismes poplités semble avoir rallié les suffrages de tous. C'est pourquoi je tiens, pour notre commune instruction, à vous rapporter un cas malheureux, qui, sans lui enlever sa valeur indiscutable, montre que nous devons cependant faire des réserves sur le rétablissement de la circulation.

Voici l'observation de mon malade :

Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans. G... (Adolphe), exerçant la profession de journalier, sans que cette profession l'oblige à se mettre à genoux, ou dans toute autre position favorable au développement de son affection.

Rien dans ses antécédents ; aucune trace de syphilis.

Il est marié mais n'a jamais eu d'enfants ; sa femme n'a pas eu de fausses couches.

Deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, il s'est aperçu par hasard que la face postérieure de son genou droit était le siège d'une augmentation de volume.

Depuis lors, cette tuméfaction ne s'est que très peu accrue.

Elle détermine de l'œdème du segment du membre sous-jacent, œdème qui disparaît par le repos.

Pas de douleurs, ni au niveau de la tumeur même, ni à la jambe ou au pied.

Examen du malade. — C'est un individu grand, mince, bien portant en apparence.

Lorsqu'on fait mettre le malade sur le ventre on voit nettement au niveau du creux poplité droit, la peau soulevée par une tumeur volumineuse. La peau paraît d'ailleurs un peu amincie et légèrement bleutée.

A la simple inspection, on voit la tumeur animée de battements isochrones au pouls.

Elle siège dans la partie supérieure du losange poplité, mais dépassant un peu en bas l'interligne fémoro-tibial.

Elle mesure 11 centimètres dans son grand axe vertical. La circonférence du genou sain est de 32 centimètres, tandis qu'elle est de 40 du côté malade et sur ces 40 centimètres on perçoit les battements sur une étendue de 18 centimètres.

A la palpation la tumeur est molle, rénitente, elle est en grande partie réductible, se remplissant à nouveau dès qu'on cesse la compression. Elle présente des battements avec mouvements d'expansion.

A l'auscultation on perçoit un souffle isochrone au pouls.

Le segment de membre sous-jacent présente des veines superficielles

dilatées. Un peu d'œdème, pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles trophiques.

On perçoit très mal les battements de la pédieuse.

Dans les deux aines, quelques ganglions.

Les autres artères perceptibles sont dures, flexueuses, les sous-clavières légèrement surélevées. Rien au cœur.

Opération le 14 janvier 1905. — Anesthésie au chloroforme. On place la bande d'Esmarch avec garrot à la cuisse. Incision verticale suivant l'axe du membre.

On tombe presque aussitôt sur le nerf sciatique et ses deux branches de bifurcation qui sont isolées et réclinées.

La veine poplitée est reconnue, isolée de la tumeur et réclinée. On va au pôle supérieur de la tumeur qui atteint l'anneau du 3e adducteur et on place deux pinces sur l'artère au-dessus. L'artère est coupée entre ces deux pinces.

On cherche alors à isoler la tumeur en la décollant de haut en bas. Elle se rompt et on en retire un caillot volumineux.

Il devient plus facile alors d'isoler sa paroi. Cependant en bas elle s'engage sous les jumeaux; il faut séparer ceux-ci à coups de ciseaux.

Une pince est mise sur le bout inférieur de l'artère, au ras de la tumeur, et on sectionne l'artère au-dessus.

La bande d'Esmarch est enlevée. On constate alors qu'il ne s'écoule pas une goutte de sang dans la plaie.

Deux catguts sont mis sur les deux bouts de l'artère sectionnée. Sutures de la paroi aux crins de Florence. Drain.

Suites opératoires. — Le malade est replacé dans son lit, la jambe horizontale, entourée de ouate, avec des boules d'eau chaude.

Le soir même, le pied ne s'est pas encore réchauffé. Le lendemain, il tend à prendre une teinte violacée, qui s'accuse de plus en plus les jours suivants. Les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure ne sont pas perceptibles.

A la jambe se forment des phlyctènes remplie d'un liquide roussâtre.

Les orteils se dessèchent, se raccornissent; le bord externe du pied et le 5e orteil présentent le maximum de gangrène sèche.

En haut, la gangrène s'arrête au niveau d'une ligne passant à trois ou quatre travers de doigts de l'interligne fémorotibial sur la face externe, descendant beaucoup plus bas, presque au tiers inférieur de la jambe sur la face antérieure et la face interne. La température rectale s'élève un peu.

Amputation le 28 janvier 1905. — Anesthésie chloroformique. Pas de bande d'Esmarch. Amputation de cuisse au tiers inférieur avec lambeau antérieur.

Les artères, en particulier l'artère du nerf sciatique, donnent pas mal de sang.

Suites opératoires. — Les bords du lambeau se sont sphacelés sur une largeur de 1 à 2 centimètres et la cicatrisation n'est pas encore terminée (20 mars).

Examen de l'anévrisme. — Poche développée aux dépens de toute la

circonférence de l'artère, mais étendue surtout vers la face postérieure. L'artère est coupée à la partie supérieure à 3 ou 4 centimètres de la tumeur; à la partie inférieure au ras de celle-ci. La poche contenait un caillot formé de couches stratifiées de caillots blancs et noirs.

Examen du membre amputé. — La section dans l'amputation a porté un peu au-dessus de l'origine de la grande anastomotique sur la fémorale. On voit donc le bout supérieur de la fémorale long de 4 centimètres; on peut voir et suivre la grande anastomotique, qui est de petit volume et vient s'anastomoser avec les articulaires par les réseaux extrêmement fins:

Le bout supérieur de l'artère donne encore une branche qui se porte en dehors vers le court biceps et se perd dans son épaisseur. Une autre petite branche passe sous le grand adducteur et s'enfonce dans le vaste interne.

Entre le bout supérieur et le bout inférieur est un intervalle de 9 à 10 centimètres.

Le bout inférieur donne naissance à 1 cent. 1/2 environ au-dessous de la ligature à une artère jumelle qui va s'enfoncer dans le jumeau externe.

Un centimètre plus bas naît l'artère articulaire inférieure et interne.

Plus bas enfin naît la tibiale antérieure de laquelle on voit partir une récurrente tibiale de volume normal.

Le tronc tibio-péronier donne une tibiale postérieure et une péronière de volume normal. Toutes ces artères sont épaisses et dures.

L'ablation de l'anévrisme a supprimé les deux articulaires supérieures et l'articulaire moyenne.

Voici donc un homme chez lequel la circulation ne s'est pas rétablie. Et cependant l'anévrisme siégeait relativement haut, au dessus de la bifurcation de l'artère en tibiale antérieure et tronc tibio-péronier, au-dessus même des articulaires inférieures. Comme, d'autre part, la branche anastomotique se détachait, en haut, assez loin au-dessus du point où avait porté la section, la circulation aurait dû pouvoir se rétablir. Or, elle ne s'est pas rétablie.

Faut-il en accuser l'extirpation de l'anévrisme? Je me demande si la ligature n'eût pas produit un résultat identique. La ligature eut en tout cas interrompu le cours du sang plus haut que ne l'a fait l'extirpation, à une certaine distance au-dessus de l'anneau du grand adducteur, peut-être même avant le point d'origine de la grande anastomotique. En tout cas, je ne comprends guère par quelles voies la circulation eut pu se rétablir plus régulièrement dans la jambe après la simple ligature qu'après l'extirpation.

Faut-il incriminer jusqu'à un certain point la bande d'Esmarch? je l'ignore, en tout cas, si l'occasion d'une nouvelle opération se présentait, je serais très disposé à m'en passer, car elle ne m'a servi à rien. A mon grand étonnement, en dehors des deux ligatures

artérielles, au-dessus et au-dessous du sac, je n'ai pas eu une seule ligature à faire.

Je crois qu'il faut surtout accuser, dans ce cas malheureux, l'état défectueux du système artériel, évidemment très malade, puisque l'amputation de cuisse a été, elle aussi, suivie d'un sphacèle partiel des lèvres de la plaie. Mais ce sont là des conditions qu'il est bien difficile de déterminer exactement avant l'opération, de sorte que je crains bien que cette observation ne nous apprenne pas grand'-chose, si ce n'est que l'extirpation d'un anévrisme poplité, la plus simple et la plus bénigne en apparence, peut être suivie de gangrène et entraîner la perte du membre.

M. Guinard. — Dans une prochaine séance, je présenterai un malade à qui j'ai enlevé un volumineux anévrisme, développé sur la poplitée et sur la fémorale dans le canal de Hunter. Le malade, comme on le verra, a un système cardio-vasculaire des plus défectueux; rétrécissement et insuffisance aortique, athérome, etc. Tout s'est très bien passé ; et je voudrais insister sur une petite précaution que je crois utile au cours de l'extirpation des anévrismes. Je crois qu'il y a intérêt à commencer l'opération par la ligature de l'artère *au-dessous de l'anévrisme* pour éviter que les manœuvres de l'extirpation ne chassent des caillots de la poche dans les artères périphériques. — Ces embolies artérielles par malaxation de la tumeur peuvent dans une certaine mesure expliquer certaines gangrènes consécutives à l'extirpation des anévrysmes.

J'ajoute que si le liséré de gangrène observé par M. Faure sur les lambeaux de son amputé, ne saurait être dû aux embolies dont je parle, il faut tenir le plus grand compte de l'état des vaisseaux et de la circulation. Aussi en pareil cas, je suis tout à fait opposé à l'application de la bande d'Esmarch et cela pour deux raisons. La première c'est qu'il me paraît bien plus facile d'enlever une poche pleine et tendue que de disséquer une paroi flasque et molle. La seconde, c'est que la bande traumatise à la racine de la cuisse tout le système vasculaire de la région, ce qui n'est peut-être pas sans dommage pour la circulation ultérieure du membre.

M. Tuffier. — Vous trouverez dans la *Gazette hebdomadaire de* 1896 (p. 1097) l'observation d'un malade que je vous ai présenté, guéri par extirpation d'un anévrisme poplité. Chez ce malade comme chez tous ceux que j'ai opérés, *j'enlève l'anévrisme comme une tumeur*, liant les vaisseaux quand je les rencontre et plus préoccupé de ménager les organes voisins que de la recherche des artères. Quand je le puis, je fais toujours la *ligature du bout infé-*

rieur de l'artère d'abord — non pas pour obvier aux dangers théoriques dont nous parle Guinard, mais pour tendre le sac et ses vaisseaux périphériques et pour mieux les isoler et les disséquer.

J'ajoute que pas plus là qu'ailleurs, je ne me sers *jamais de la bande d'Esmarck*, qui n'est qu'un pis-aller applicable aux cas où on n'a pas un aide capable de surveiller et de comprimer au besoin *l'artère sus-jacente*. En dernier lieu, je vous rappellerai que la *compression digitale* peut rendre service en l'appliquant pendant quelques heures *dans les jours qui précèdent l'opération*, j'ai donné le conseil dès 1896 et maintenant j'ai toujours l'habitude d'y joindre l'administration du *traitement antisyphilitique* pendant une semaine.

M. Potherat. — Les remarques de mon ami Guinard sont très intéressantes, et la précaution préalable qu'il nous indique me paraît digne de retenir notre attention. Pour mon compte personnel, je ne demande pas mieux que de recourir à l'occasion à cette petite manœuvre.

Mais cela ne détruit pas les observations de mon ami Faure, car en admettant que des embolies puissent être envoyées dans les artères sous-jacentes, cela n'explique pas la mortification des lambeaux d'amputation observés par M. Faure. Le rôle principal, essentiel est joué ici par l'état du système artériel de l'individu. — Je vous ai apporté — il y a quelques mois — l'observation d'un homme que j'avais observé et opéré dans le service de mon maître M. Nélaton ; cet homme avait un anévrisme poplité spontanément rompu, et une mortification de la jambe s'en était suivie. — Je fis l'amputation de la cuisse, et tel était l'état de l'artère fémorale que deux fois la ligature faite avec une grosse soie, coupa le vaisseau. — Cet homme fit une mortification aseptique, ischémique des bords de ses lambeaux, mortification s'élevant à 2-3 centimètres de hauteur, plus marquée au niveau de la peau, qu'au niveau des muscles. Je crois que ces lésions de mortification dépendent uniquement du mauvais état du système artériel.

M. Lucas-Championnière. — Je crois comme notre collègue que pour juger la question de la gangrène secondaire à toute opération pour anévrisme, il faut toujours tenir grand compte de la personne opérée. La même oblitération artérielle produit des effets très différents suivant la qualité des vaisseaux des extrémités.

Toutefois, je tiens à rappeler que j'ai, pour ma part, soutenu que la ligature simple avait plus de chances de ne pas provoquer la gangrène que l'extirpation du sac quand il s'agit de très gros anévrismes. Justement si je constatais chez un sujet que le ter-

rain est mauvais, ce serait pour moi une raison de plus de préférer la ligature.

Je n'ai jamais vu la gangrène à la suite de ligatures de gros vaisseaux pour anévrismes. Mais j'avoue que je n'attache à ce fait qu'une importance relative, les cas étant peu nombreux et essentiellement dissemblables.

M. Poirier. — Mon expérience de gangrène à la suite d'extirpation d'anévrisme se borne à un cas : il s'agissait d'un anévrisme poplité très gros ; bien que j'eusse pris toutes les précautions usitées en pareil cas pour assurer le développement d'une circulation collatérale. J'avais précisément lié tout d'abord le bout inférieur de l'artère et cela uniquement parce qu'il s'était présenté le premier à moi ; donc sans idée d'éviter des embolies à la suite de malaxation de la tumeur, embolies qui me paraissent difficiles quand le bout supérieur a été lié.

Quoi qu'il en soit, mon malade fit un sphacèle lent, aseptique, et mon collègue Tuffier qui avait repris le service dût faire l'amputation de la cuisse.

Bien que partisan, en général, de la méthode d'extirpation, je me demande s'il n'est pas des cas où, en présence d'une tumeur volumineuse sur un artério-scléreux, il ne serait pas plus sage de commencer d'abord par une simple ligature de l'artère dont notre expérimenté collègue Lucas-Championnière vantait l'excellence.

M. Quénu. — Je ne sais si on veut discuter le traitement comparé des anévrismes par la ligature ou par l'extirpation ; quant à moi, je me déclare partisan convaincu de l'extirpation non seulement pour les anévrismes circonscrits mais encore pour les anévrismes rompus. Mon élève Barnsby a démontré dans sa thèse que l'extirpation mettait même dans ces cas plus à l'abri de la gangrène que la ligature. Est-ce à dire que n'importe quel traitement opératoire mette à l'abri de la gangrène? assurément non. D'abord, il faut bannir la bande d'Esmarch aussi bien comme temps opératoire que comme traitement des anévrismes. J'ai soigné une rupture d'anévrisme survenue dans ces conditions. En outre il faut dire dans chaque observation comment survient la gangrène à la suite de l'opération ; quelle qu'elle soit, elle peut être immédiate, exclusivement due à l'interruption vasculaire, elle peut être due à l'introduction tardive d'un élément de septicité ajouté à une vascularisation médiocre. J'ai observé un cas de gangrène tardive, quatre ou cinq semaines après une extirpation d'anévrisme à la suite de l'infection d'une petite escarre du petit orteil occasionnée par une boule d'eau chaude. Quant au manuel

opératoire il me paraît simple : enlever la poche comme une cavité close après ligature des deux bouts en commençant par le bout inférieur comme le conseille M. Guinard.

M. J. L. Faure. — Il ne me semble pas que la discussion actuelle ait beaucoup éclairé la question. Je n'ai aucune objection à faire contre la pratique de Guinard qui conseille de commencer par la ligature du bout inférieur, bien que, comme M. Poirier, je ne voie pas comment une embolie pourrait se faire dans un segment artériel où le sang ne circule plus. D'ailleurs cette pratique n'a pas empêché M. Poirier d'avoir une gangrène, et d'autre part je me demande pourquoi une interruption circulatoire par embolie aurait plus de chances de provoquer une gangrène qu'une interruption par simple ligature ou par suppression du sac.

Si je n'ai pas extirpé mon anévrisme sans l'ouvrir, c'est que je n'ai pas pu. Les parois étaient très minces en avant, et je crois que la rupture était fatale. Par exemple je suis bien décidé, si un nouveau cas se présente, et si je me laisse aller à l'extirper, à ne plus mettre la bande d'Esmarch, qui, dans le cas actuel, ne m'a servi à rien et a peut-être été nuisible.

M. Willemin présente une observation sur une *volumineuse tumeur congénitale, des vésicules ciliées du cou chez une enfant âgée de six semaines.*

Renvoyé à une commission dont M. Félizet est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

Hypospades.

M Willemin présente deux hypospades opérés par le procédé de Von Acker modifié.

Rapporteur : M. Félizet.

Anévrisme sous-claviculaire.

MM. Reynier et Savariaud présentent un malade guéri d'un anévrisme sous-claviculaire droit. Lorsque ce malade entra dans le service, la tumeur avait le volume d'une pomme et le malade éprouvait

de violentes douleurs dans le plexus brachial; il avait aussi des troubles moteurs et une main en griffe. On lui fit huit injections de gélatine suivant la méthode Lancereaux. L'anévrisme diminua ainsi que les douleurs qui disparurent même; mais les troubles moteurs ne faisant qu'augmenter, M. Savariaud, d'accord avec M. Reynier, fit la ligature entre les scalènes suivie immédiatement de l'extirpation du sac. Ce dernier adhérait fortement aux nerfs et nullement à la veine qui fut à peine dénudée. Le pouls cessa aussitôt, mais la circulation se rétablit sans accident. Actuellement, six mois après l'opération, le malade commence à se servir de son membre, mais il conserve des déformations des doigts d'origine rhumatismale et des raideurs articulaires ainsi que de l'engourdissement de la main qui s'accentue par le froid. La sous-clavière du côté gauche est dilatée.

L'opération a montré que le sac était presque complètement oblitéré par des caillots fibrineux. Il s'agissait donc d'un anévrisme en voie de guérison et les injections de gélatine paraissent avoir amené un heureux résultat. Les auteurs en concluent que cette méthode est à conserver dans le traitement des gros anévrismes de la base du cou. Il faut dire cependant que la mortalité a beaucoup diminué à la suite des opérations sanglantes. D'après Oberst, 1904, elle est tombée à 20 p. 100 dans la ligature centrale de la sous-clavière, quelle que soit la portion considérée; mais elle est restée très élevée 50 p. 100 dans la ligature du tronc brachio-céphalique. De sorte que c'est surtout dans les gros anévrismes de la base du cou que la méthode de Lancereaux est indiquée.

Anévrisme syphilitique du pli de l'aine. Ligature de l'iliaque externe. Guérison.

M. Lucas-Championnière. — Je présente à la Société un sujet dont le mal pour n'être pas d'une extrême rareté est cependant peu commun, pour lequel j'ai fait une ligature de l'iliaque externe qui me paraît avoir obtenu un résultat dans les meilleures conditions.

C'est un homme âgé de trente et un ans qui s'est présenté à moi avec un anévrisme du pli de l'aine à cheval sur l'iliaque externe et sur la fémorale.

Sur ce sujet, relativement très jeune, cet anévrisme présentait quelques particularités.

Aucun traumatisme. L'anévrisme s'est développé insidieusement depuis quatre à cinq mois. Il cause une gêne assez grande pour la marche. Ses battements sont douloureux.

Le sujet a eu la syphilis il y a cinq ou six ans et porte encore sur la verge la trace d'un gros chancre.

Dès qu'il s'est aperçu de la présence de la tumeur, son médecin lui a fait prendre du sirop de Gibert qui n'a rien modifié du tout.

A l'examen, la tumeur présente les particularités suivantes :

Allongée, fusiforme, du volume d'un œuf de poule.

Battements très énergiques soulevant la main qui comprime.

Souffle systolique très fort.

Pas de second souffle.

Pas de frémissement vibratoire. Cependant il en apparaît un peu si on fait marcher le malade, et ce frémissement ne disparaît alors qu'après un peu de repos.

Il existe autour de la poche anévrismale des ganglions évidents.

Il est manifeste qu'il s'agit là d'une poche d'anévrisme vrai par dilatation uniforme de l'artère plutôt que d'un anévrisme sacciforme qui serait plus ou moins latéral à l'artère.

C'est là du reste un caractère des anévrismes d'origine spécifique.

J'ai pensé que le traitement par la ligature de l'artère iliaque externe était le plus rationnel et le plus simple, et j'ai fait cette ligature il y a exactement vingt jours.

Vous pouvez constater que la poche bien saillante est tout à fait sans battements.

Je n'ai pas observé de troubles graves dans la circulation du membre après la ligature.

Fourmillements, un peu de refroidissement.

J'ai fait entourer tout le membre inférieur de boules chaudes pour faciliter le retour de la circulation.

J'ai fait lever le malade le quatorzième jour et il commence à marcher modérément puisque je vous l'amène aujourd'hui vingt-deuxième.

Par la méthode antiseptique, la ligature de l'iliaque externe est très simplifiée pour l'acte opératoire et pour les suites. C'est à cela que j'attribue le fait de n'avoir jamais eu d'accidents pour les quelques opérations de ce genre que j'ai faites.

Un sujet de cet âge est sans doute meilleur que ceux dont nous parlions tout à l'heure. Mais le mal était de date assez récente, ce qui est moins bon pour le retour de la circulation.

Du reste, dans les autres cas auxquels j'ai eu affaire, il s'agissait de sujets âgés et athéromateux pour lesquels j'ai eu le même résultat.

Je reste donc un partisan très convaincu de la ligature des gros vaisseaux au-dessus de l'anévrisme et à distance.

Prolapsus du rectum.

M. LENORMAND présente un cas de *Prolapsus du rectum*, opéré par la méthode de Thiers.

Rapporteur : M. PICQUÉ.

Présentations de pièces.

De l'importance de l'élimination du bleu de méthylène pour le diagnostic de la valeur fonctionnelle des reins.

M. BAZY. — Cette pièce est une pièce banale de pyélonéphrite bilatérale à laquelle a succombé le malade.

Il n'y avait pas d'hypermégalie rénale ni d'un côté ni de l'autre, la pollakiurie nocturne indiquait de la pyélite ou de la pyélonéphrite.

Or, un seul des deux reins répondait à l'exploration : le droit. Il y avait en effet douleur paraombilicale et douleur urétérale inférieure à droite. Rien à gauche.

Le professeur Israël (de Berlin) qui est venu dans mon service et a vu le malade a fait les mêmes constatations.

Il s'agissait de savoir si, dans les cas d'indication opératoire de la néphrectomie, l'autre rein avait une valeur fonctionnelle suffisante pour suppléer à l'ablation du congenère, ou plutôt s'il était sain.

Ceux qui auraient voulu faire une séparation de l'urine des deux reins en eussent été bien empêchés par l'état de l'urètre et de la prostate : ils n'auraient pas pu avoir de renseignement; ils auraient dû s'en passer ; du reste, ils s'en passent, toutes les fois que cette séparation ne peut être faite. Je me suis contenté de faire l'épreuve au bleu de méthylène, qui me suffit dans l'immense majorité des cas. Or, cette épreuve a été mauvaise. Dès lors il était imprudent, sinon impossible d'enlever le rein qui se plaignait.

J'ai dû me borner, en présence de la pollakiurie incessante et des douleurs, à faire une incision périnéale et à mettre à travers l'urètre prostatique un drain vésical constitué par une sonde de Pezzer.

L'opération a montré en outre l'impossibilité où on eût été de faire une énucléation de la prostate qui était complètement et intimement adhérente à la capsule.

Voici l'observation et le résultat de l'autopsie et de l'examen histologique des reins, vessie et prostate.

Le malade vient à la consultation le 15 novembre 1904, se plaignant de douleurs en urinant.

Il souffre depuis trois mois ; ce furent d'abord des brûlures surtout au début de la miction ; puis les douleurs devinrent totales.

Un mois auparavant le malade a été traité par l'électrolyse et il est beaucoup plus malade depuis ce traitement.

Il y a six mois, le malade urinait trois fois par jour et quatre ou cinq fois la nuit ; depuis cinq mois, les envies ont augmenté de fréquence, et les urines sont troubles depuis ce temps.

Le malade a eu deux ou trois blennorragies ; la première à vingt-sept ans, la dernière à trente-sept ans ; chacune a guéri complètement, il n'y a jamais eu de goutte, jamais d'orchite non plus ; mais le malade a toujours ressenti une légère sensation de chaleur en urinant.

Il y a deux mois le malade a uriné environ un coquetier de sang à la fin d'une miction. Depuis il a eu deux hématuries totales ; une seule miction était fortement teintée, les autres étaient légèrement colorées pendant deux ou trois jours.

Examen. — Inversion testiculaire à droite.

Epididyme augmenté de volume, irrégulier. Interrogé, le malade dit que cette grosseur date de cinq mois ; canal déférent gros et dur.

Rien à gauche.

Le toucher rectal permet de constater une augmentation notable du volume de la prostate surtout à droite ; elle est dure, surtout au niveau de la corne droite et de la ligne médiane.

Exploration. — La distension du canal au lavage est douloureuse. Le malade souffre beaucoup au moment de la traversée prostatique et l'explorateur ramène un liquide sanguinolent et purulent.

Par la sonde coule une urine trouble légèrement sanguinolente dont les dernières gouttes sont très nettement plus teintées.

On recommande au malade le repos et on prescrit des instillations d'huile gaïacolée iodoformée.

Le 5 janvier 1905, le malade revient à la consultation ; les urines sont toujours troubles. On prescrit le même traitement.

Le 21 janvier le malade revient ; il souffre davantage, les envies d'uriner sont devenues plus fréquentes, la pollakiurie nocturne est toujours manifeste : 20 à 25 fois le jour, 30 fois la nuit.

Il entre salle Robert le 23 janvier.

Le malade n'a aucun antécédent héréditaire ; sa première femme est morte de tuberculose pulmonaire à vingt-sept ans. Les enfants qu'il a eus des deux lits sont bien portants, sauf un du premier mariage mort à dix mois de convulsions.

Parmi les antécédents personnels du malade, outre les blennorragies on note : Une rougeole à douze ans.

A trente-deux ans des crises douloureuses néphrétiques avec irradiation, vers la vessie et donnant envie d'uriner, sans calculs rendus ni de dépôt de gravier dans l'urine. Ces crises durèrent de trois semaines à un mois.

A cinquante-deux ans, bronchite qui dure un an. Depuis le malade a

toujours toussé surtout le matin ; il crache assez abondamment surtout au réveil.

Depuis plusieurs mois le malade est atteint de laryngite.

L'examen du malade montre les mêmes phénomènes que ceux reconnus aux examens antérieurs. De plus on constate un point para-ombilical net à droite, quand on exerce une petite pression et s'accompagnant de besoin d'uriner. L'extrémité inférieure de l'uretère est également douloureuse.

Dans la suite le malade souffre davantage, la palpation du rein droit est douloureuse ; le malade souffre à la palpation au niveau de la région vésicale. Les besoins d'uriner se font sentir toutes les vingt minutes environ ; les urines sont très troubles.

On fait l'épreuve du bleu : au bout de deux heures seulement on voit une légère teinte verdâtre et le chromogène est absent.

La prostate est devenue très grosse, dure. La pression fait sourdre un liquide puriforme.

Contre cette cystite douloureuse, on fait une prostatectomie partielle et une urétrotomie prostatique.

Il est impossible d'introduire une sonde (n° 15) dans l'urètre. On procède alors à l'opération sans conducteur urétral. Pour cela un doigt ganté introduit dans l'anus sert de conducteur. On fait une incision à 2 centimètres en avant de l'anus et allant de l'un à l'autre ischion. On arrive très rapidement dans l'espace décollable recto-prostatique. On cherche à inciser la gaine prostatique et à décoller la prostate ; mais elle est tellement adhérente que cela est impossible. On incise le tissu prostatique et on trouve de petits amas calcaires. On excise des fragments de prostate pour les faire examiner. On incise alors sur la ligne médiane et on ouvre l'urètre à travers lequel on introduit une sonde de Pezzer dans la vessie. Il s'en écoule de l'urine et de l'huile sentant fortement l'iodoforme, et cependant la dernière injection date du 25 février.

On rétrécit la plaie par deux points de suture profonds. Suture de la peau par trois crins de Florence.

On place une mèche au peroxyde de zinc.

A ce moment la sonde sort ; on la remplace très facilement par une autre qu'on fixe avec un crin.

A la suite de l'intervention les douleurs vésicales diminuent un peu d'intensité.

Mais le 13 mars la sonde ne donne plus qu'une très petite quantité d'urine. On fait des injections de sérum, des piqûres d'huile camphrée, de caféine et de strychnine et le malade meurt le 15 mars.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* — *Poumons adhérents*, s'affaissant difficilement, ne crépitant pas à la pression, recouverts d'une plèvre viscérale et épaissie par endroits. Cicatrices froncées aux deux sommets, avec noyaux indurés de la grosseur d'un grain de millet, quelques-uns remplis encore de matière caséeuse épaissie.

Cœur normal. — Légère sclérose des *valvules aortiques*, avec *plaques gaufrées* de l'aorte.

Cavité abdominale. — *Foie* normal. *Rate* petite, scléreuse, dure à la coupe, entourée d'une capsule épaissie par place.

L'appareil urinaire présente à considérer : a) *Une prostate*, dont il reste à la base de la vessie un noyau de la grosseur d'une grosse noix, de consistance très dure, et présentant à la coupe un aspect blanchâtre assez uniforme, avec de très rares noyaux de la grosseur d'un grain de mil, semblant enserrés dans une gangue fibreuse, noyaux eux-mêmes très durs et très consistants.

Le tissu prostatique enserre et environne l'uretère transformé en un canal étroit, rigide, inextensible.

b) *Une vessie* très friable (crevée au cours des manœuvres de l'autopsie, pleine d'un liquide purulent et fétide.

Ses parois sont épaissies à la partie inférieure. Il semble que le tissu prostatique en infiltre tout le bas-fond.

A l'ouverture, les parois vésicales sont épaissies, hérissées de villosités végétantes surtout abondantes dans la région du trigorie et du bas-fond.

Les orifices urétéraux sont eux aussi entourés par la zone fibroïde et consistante, mais nullement obstrués.

c) *Les uretères* sont uniformément dilatés atteignant surtout à droite le calibre d'un intestin de poulet. Leurs parois sont amincies, la muqueuse congestionnée, baignant dans le pus.

d) *Les bassinets* dilatés refoulent le parenchyme rénal et sont également distendus par le même liquide purulent, qui baigne les parois vésicales et uretériques.

e) *Le rein droit* est diminué de volume, modifié dans sa forme par suite de l'extension du bassinet auquel il semble comme appendu.

A la coupe, sa consistance est dure, et l'on aperçoit la substance médullaire atrophiée, décolorée; de petites suffusions sanguines irrégulières dans la substance corticale, réduite elle-même considérablement de volume. Pas d'abcès miliairés.

Le rein gauche offre les mêmes lésions mais beaucoup moins accentuées. Bassinet moins distendu, substance moins comprimée et refoulée. Volume d'apparence normale. Consistance moins dure que celle du rein droit. Les deux substances paraissent également amincies, refoulées et comprimées, mais à part la pâleur assez uniforme de l'organe, elles conservent assez leur caractère de coloration et d'origine réciproques.

Des coupes ont porté : sur la tumeur prostatique, sur la paroi vésicale du bas-fonds, sur les reins.

Tumeur prostatique. — Elle est exclusivement formée par un enchevêtrement de *trousseaux fibro-musculaires*, s'entrecroisant dans toutes les directions et circonscrivant par places des petites logettes remplies de cellules épithéliales. Celles-ci sont disposées soit en amas de petites dimensions, soit sous forme d'alvéoles, soit enfin sous forme de très rares traînées, toutes formations qui paraissent les vestiges très rares des cavités glandulaires.

Il s'agit là d'une hyperplasie fibro-musculaire diffuse, sans noyaux,

avec atrophie des éléments glandulaires, sans formation adénomateuse.

Parois vésicales. a) Infiltration embryonnaire des parois vésicales sous forme de traînées péri-vasculaires et d'amas nodulaires, sclérose interfasciculaire à la région postérieure (en rapport avec l'hyperplasie prostatique).

b) Hypertrophie énorme de la muqueuse, avec formation de végétation, ou l'on remarque d'une part une prolifération simple mais considérable des éléments épithéliaux normaux, noyés dans une véritable nappe d'éléments embryonnaires.

Rein. — Lésions surtout intenses et caractéristiques au rein droit.

La moitié en rapport avec le parenchyme rénal et totalement transformée en tissu de sclérose, dégénérescence hyaline avec de rares noyaux, tissu coloré en rouge par le Van Guson, en rose pâle par l'éosine et dans lequel surnagent de rares canalicules urinaires intactes, à épithélium assez bien conservé.

La sclérose est plus discrète, mais aussi nette à mesure qu'on avance vers la substance corticale. Elle est péri-tubulaire, et glomérulaire. De nombreux glomérules sont transformés en véritables blocs hyalins rouges avec de rares noyaux.

Elle est enfin dans les zones plus superficielles et par place remplacée par des trainées embryonnaires intenses, se rassemblant en de rares petits amas, et formés de cellules lymphoïdes avec rares polynucléaires.

Quelques rares dilatations vasculaires, mais plus fréquemment périvascularite inflammatoire avec cellules embryonnaires ou sclérose.

Le Secrétaire annuel,
PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 29 MARS 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Des demandes de congé de MM. FELIZET, JALAGUIER, LEQUEU, LEJARS, QUENU, qui font partie du concours du Bureau central.

3°. — Une lettre de M. DELORME, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

4°. — Une lettre de M. FONTOYNONT, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

Communications.

De la myorraphie antérieure des releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux de la femme,

par M. CHAPUT.

La suture des releveurs préconisée par Zigenspeck (1899), puis par Delbet, Hartmann, Potherat, Ricard à la Société de chirurgie, en 1902, est une opération excellente et qui rend les plus grands services dans la cure des prolapsus.

Elle soutient admirablement la paroi postérieure du vagin, et refait en somme un périnée postérieur vigoureux et suffisant. Mais la réfection du périnée postérieur n'est pas tout dans la question de la cure du prolapsus.

Le prolapsus est exclusivement le résultat d'une insuffisance des releveurs et cette insuffisance existe non pas seulement au niveau de la paroi postérieure du vagin, mais dans tout l'espace compris entre le rectum et la symphyse pubienne. Il n'y a donc pas à s'étonner que la suture des releveurs, telle qu'elle a été faite jusqu'ici, ne s'oppose nullement à la reproduction de la cystocèle qui continue à n'être pas soutenue.

Depuis la publication des travaux que j'ai cités, j'ai fait très souvent la colpopérinéorraphie avec suture des releveurs, et j'ai pu plusieurs fois constater la récidive non de la rectocèle bien soutenue, mais de la cystocèle qui bientôt entraînait l'utérus à sa suite.

J'avais interprêté ces faits par l'insuffisance des parties antérieures du releveur, et j'avais songé à suturer ces releveurs en avant du vagin, soit par l'abdomen, soit par le vagin, mais je n'avais pas trouvé l'occasion de mettre ces idées à exécution lorsque j'ai eu connaissance d'un travail de *Groves* publié le 1er février à la Société obstétricale de Londres, dans lequel cet auteur, décrivant la suture des releveurs en avant du vagin, recommande une incision transversale de la paroi vaginale antérieure située à 3 centimètres du méat, reconnaît les bords internes du releveur et les suture l'un à l'autre.

L'opération de M. Groves m'a beaucoup séduit et je l'ai exécutée deux fois ces jours derniers.

Voici la technique que j'ai suivie :

Tout d'abord, je commence la colpopérinéorraphie postérieure et je vais à la recherche des muscles releveurs en arrière du vagin, à la façon de Delbet; je passe des sutures au catgut dans les muscles, mais je ne les noue pas, et j'interromps momentanément la colpopérinéorraphie postérieure.

Je me porte alors vers la paroi antérieure du vagin à 3 ou 4 centimètres au-dessus du méat. Je l'incise horizontalement, jusqu'au niveau des parois latérales du vagin, sur une longueur de 6 à 8 centimètres environ.

Je ne m'occupe pas de la lèvre inférieure de l'incision, mais je dissèque la lèvre supérieure de façon à séparer le vagin de la vessie sur une hauteur de 4 à 5 centimètres le décollement est poussé très loin latéralement jusqu'à ce que le doigt appuie sur la paroi pelvienne latérale, à ce moment je recherche avec l'index une crête qui correspond au bord interne du releveur. Cette crête

est malheureusement très peu saillante et il faut plutôt la deviner que la reconnaître; cependant avec de la persévérance on y arrive assez facilement.

La recherche du releveur se trouve très facilitée lorsqu'on tire sur les fils placés sur ce muscle dans la colpopérinéorraphie postérieure, cette traction fait saillir le muscle et aide à le reconnaître.

Il faut maintenant passer les fils dans les bords du muscle, en chargeant beaucoup de tissu. Une aiguille analogue à celle de Reverdin courbe convient très bien pour passer le fil en deux temps à droite et à gauche.

Deux points au catgut m'ont paru suffisants pour obtenir une réunion en surface suffisamment solide.

Si la paroi vaginale est trop longue, je résèque la lèvre supérieure de l'incision vaginale et je suture en surjet au catgut.

Je reviens alors à la colpopérinéorraphie postérieure que j'achève à la manière classique.

Lorsque l'opération est terminée on constate que le vagin est très rétréci, et qu'il est bordé en avant et en arrière par deux ogives se réunissant par leurs bases, en formant un losange.

Sur les deux malades que j'ai opérés récemment, de la façon que je viens de décrire, j'ai trouvé assez facilement les bords des quatre releveurs, en tâtonnant il est vrai un peu, mais sans rencontrer de difficulté sérieuse dans cette recherche.

On a la sensation, en pratiquant cette opération, de constituer un plancher pelvien solide qui soutiendra efficacement la vessie, l'utérus et les parois antérieure et postérieure du vagin.

Je ne puis, bien entendu, parler des résultats éloignés de l'opération, mes observations étant très récentes, mais le résultat m'a paru aussi parfait qu'on pouvait le désirer.

L'opération présente-t-elle quelques dangers? L'opération est peu sanglante, je n'ai pas eu une seule ligature à faire.

Il faut s'attendre toutefois à voir survenir de temps en temps des hématomes dans la plaie.

Les grands décollements qu'on exécute sont bien préparés pour l'infection; aussi ne doit-on entreprendre cette opération que quand on est sûr de son antisepsie.

La blessure de la vessie n'est pas à redouter, car cet organe adhère peu à la paroi vaginale et la séparation des deux organes est facile à réaliser.

Les uretères ne sont pas exposés à être blessés, si l'on prend soin de faire porter les décollements très en dehors, contre la paroi pelvienne; car on opère au-dessous et en dehors d'eux.

Je dirai, en terminant, que l'opération de Groves complète heureusement celle de Zigenspeck et que je suis convaincu que nous

tenons enfin grâce à ces deux opérations une méthode radicale de cure des prolapsus vaginaux.

M. Potherat. — Je n'ai pas qualité pour parler au nom de ceux de nos collègues qui ont préconisé la suture des releveurs dans la colpopérinéorraphie postérieure. Comme j'ai moi-même exécuté et préconisé cette suture, c'est de ma pratique que je parle.

Or, il n'est jamais entré dans mon idée que la colpopérinéorraphie postérieure, même avec suture des releveurs de l'anus, pouvait s'opposer à l'apparition, à la persistance ou à la reproduction de la cystocèle vaginale.

Cette opération ne s'adresse pas à la cystocèle, mais seulement à la rectocèle.

Si je me trouve en présence d'une chute simultanée des deux parois du vagin, je fais une colporraphie antérieure, et une colpopérinéorraphie postérieure avec suture des releveurs. Il serait donc tout à fait injuste de reprocher à la suture des releveurs faite dans une colpopérinéorraphie postérieure de ne pas amener la guérison de la cystocèle.

Quant au procédé dont mon ami Chaput se fait le défenseur, je ne l'ai point encore pratiqué; n'en ayant aucune expérience, je n'en dirai rien.

M. Chaput. — J'ai négligé de dire que dans ma pratique ancienne je ne me contentais pas de la colpopérinéorraphie postérieure, mais que j'y ajoutais la colporraphie antérieure.

Malheureusement, cette opération est tout à fait inefficace; on voit bientôt se reproduire la cystocèle qui entraîne bientôt la récidive du prolapsus.

C'est donc contre la cystocèle que la myorraphie antérieure est destinée à lutter, et je crois cette opération de nature à y remédier efficacement quand le releveur est suffisamment développé.

M. Routier. — Je comprends parfaitement que lorsqu'on fait une colpopérinéorraphie, on dise : il faut suturer la partie antérieure du releveur de l'anus, de cette façon on aura un beau résultat.

Cette manière de faire serait parfaite si on pouvait à tous coups suturer ces releveurs. Or, dans les vraies chutes de l'utérus, dans les graves rectocèles ou fortes cystocèles les cas précisément où il faudrait refaire un plancher très solide sont ceux où les releveurs manquent le plus, c'est peut-être là du reste la cause des prolapsus.

De parti pris, toutes les fois que je fais une colpopérinéorraphie je cherche aussi ces releveurs pour les rapprocher et les suturer. Je dois dire que le plus souvent je ne les trouve pas; je prends

alors le plus de parties molles possible pour les rapprocher.

C'est ce qui m'est arrivé chez une malade que j'ai revue ce matin précisément.

C'est une jeune femme de vingt-deux ans qui vint dans mon service il y a deux ans pour un prolapsus total de l'utérus. On venait de parler ici de la suture des releveurs au moment où je l'opérai; plein de mon sujet, je cherchai chez elle avec grand soin les muscles releveurs, et je dois avouer que je les trouvai fort mal.

Cependant, elle sortit parfaitement guérie, l'utérus remonté à sa place, et un vagin long, dans lequel les deux colonnes après sutures semblaient devoir former deux solides points de soutien pour l'avenir.

Elle revient ce matin avec un enfant sur les bras qui a dix mois, et son utérus est de nouveau sorti et pend entre ses jambes.

Je vais refaire une périnéorraphie; il est probable que je trouverai encore moins les releveurs que lors de ma première opération.

Je voudrais donc qu'on avertisse les opérateurs; ils doivent chercher les releveurs, mais il faut savoir qu'ils peuvent ne pas les trouver.

M. Chaput. — M. Routier a raison; chez les femmes âgées, à tissus atrophiés, porteurs d'un volumineux prolapsus; la recherche des releveurs est très difficile, et le muscle atrophié ne saurait porter les sutures.

Ce n'est pas les cas extrêmes que nous avons en vue, mais les cas moyens de prolapsus incomplet, avec une musculature encore appréciable.

Chez ces malades, la suture des releveurs en avant et en arrière du vagin est appelée à rendre des services considérables.

De l'albuminurie prémonitoire dans la tuberculose rénale,

par M. BAZY.

Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur les indications opératoires dans la tuberculose rénale, qu'on soit partisan de l'intervention précoce, qu'on attende au contraire les indications tirées d'accidents ou de complications de cette tuberculose, douleur, hémorragie, accidents infectieux, on ne saurait contester qu'il est important de faire un diagnostic précoce, soit que l'on veuille intervenir, soit que l'on veuille traiter autrement que par une opération le mal, en empêcher l'évolution, en prévenir les accidents et les complications.

Je ne veux pas faire ici l'histoire de la tuberculose rénale, en montrer les débuts; je ne veux appeler l'attention que sur un symptôme précoce ou prémonitoire dont il y a intérêt majeur à préciser aussitôt que possible la signification : je veux parler de l'albuminurie.

Depuis que mon attention est appelée sur ce sujet, j'en ai observé 5 cas et je crois que les observations se multiplieraient et en tout cas seraient beaucoup plus nombreuses, si les malades faisaient analyser leurs urines plus souvent, si, quand il existe des malaises inexplicables les médecins pensaient plus souvent à analyser les urines.

Voici les cinq faits résumés :

I. — Je suis appelé à la fin d'août 1903 auprès d'une jeune homme de vingt ans par le Dr Soupault qui avait diagnostiqué une tuberculose épididymo-prostato-rénale.

En examinant le malade, je n'ai pas de peine à diagnostiquer une épididymite tuberculeuse.

Le toucher prostatique me fait sentir une prostate un peu augmentée de volume et ramollie par places.

En outre, le toucher sus-prostatique du côté droit détermine un assez vif désir d'uriner (*réflexe urétro-vésical*); je constate la douleur *para-ombilicale droite*, pas d'hypermégalie rénale. Rien à gauche.

Le jeune homme était déjà amélioré par le traitement institué par M. le Dr Soupault.

Je passe sur les détails de l'observation ultérieure. Je me bornerai à dire que le professeur Guyon appelé en consultation confirme le diagnostic, de même que notre collègue Marfan. Nous sommes d'accord pour envoyer le malade dans le Midi.

Il doit en revenir au commencement de mars à cause de poussées fébriles. La question de l'intervention opératoire est posée, et résolue affirmativement par moi.

Il est vu alors par un de nos collègues qui, avant de l'opérer, veut lui faire faire la séparation de l'urine; celle-ci ne peut être faite, on passe outre (je crois, avec raison, car elle était inutile). Le malade est mort quelques jours après l'intervention.

Mais là n'est pas l'intérêt de cette observation : elle réside dans ce fait que ce jeune homme avait été soigné depuis le mois d'avril précédent, c'est-à-dire *quatre mois environ avant* que nous ne le vissions, le Dr Soupault et moi pour de l'*albuminerie* ; il avait été mis au régime lacté. D'après le très distingué collègue qui l'a vu à ce moment, l'urine était claire et rien ne pouvait faire penser à l'éclosion de la tuberculose.

Un seul symptôme aurait eu pour moi de la valeur à ce moment — et j'attire l'attention d'une façon toute spéciale sur lui — ce malade avait déjà une *pollakiurie nocturne* assez accentuée.

Voici un deuxième fait :

II. — Mme G..., vingt-quatre ans, m'est envoyée par le professeur Chantemesse le 21 mars 1904. Depuis dix ans environ, et tous les ans, elle a des coliques violentes avec vomissements, siégeant surtout à l'épigastre et durant six à huit heures et même plus.

Il y a un mois, se sentant altérée et affaiblie, elle a fait analyser ses urines : on a trouvé de l'albumine et, à ce moment-là, le pharmacien qui a analysé l'urine (c'était son mari) affirme très catégoriquement que l'urine *était limpide.*

Il y a quinze jours, elle a eu des douleurs lombaires qui ont augmenté progressivement d'intensité et ont, au bout de vingt-quatre heures, pris une grande acuité : ces douleurs siégeaient des deux côtés, et n'étaient pas augmentées par la pression.

C'est le lendemain seulement de cette crise qu'on s'est aperçu que l'urine était trouble. Depuis huit à dix jours, l'urine est grasse, elle contient *comme des gouttelettes huileuses en suspension.*

Du reste, pas de fièvre ni d'amaigrissement. Elle a été mise au régime lacté exclusif. Actuellement, elle urine toutes les trois heures le jour et autant la nuit.

Elle ne souffre pas en urinant. Cependant, elle a quelquefois du ténesme, c'est-à-dire envie d'uriner après avoir achevé la miction. Elle a le réflexe urétéro-vésical droit. L'urine est trouble et contient du pus. On a trouvé des bacilles acido-résistants en assez grande quantité dans l'urine. Elle aurait eu, de douze à quinze ans, de la pollakiurie avec douleurs terminales et initiales. Elle aurait eu aussi au bras un lupus actuellement guéri. L'inoculation aux cobayes a donné un résultat positif.

Je lui fais faire une cure de repos, le régime lacté mitigé, et lui donne du salol et de l'urotropine.

Le traitement l'améliore. En octobre, après un séjour au bord de la mer, elle va beaucoup mieux, son état général est bien meilleur et l'état local aussi.

III. — Dans un troisième cas, il s'agit d'une dame B..., âgée de quarante-six ans, opérée d'une fistule anale en 1889, à qui l'on enlève les annexes en 1893. Elle vient parce qu'elle souffre de la vessie, et elle en souffre depuis dix-huit mois à deux ans, mais elle n'urine guère plus souvent qu'à l'état normal que depuis un an environ.

Actuellement, elle urine environ toutes les deux heures le jour

et autant la nuit, donc il existe de *la pollakiurie nocturne.*

C'est en la pressant de questions que je lui fais dire qu'elle avait l'urine trouble depuis longtemps et qu'elle souffre des reins depuis peut-être quinze ans. Elle avait de temps en temps, du côté de son ventre, des crises douloureuses qui cédaient en une ou deux heures à des boissons chaudes.

Il y a quelques jours, à la suite d'une des crises, elle a uriné un peu de sang; du reste en insistant, elle se souvient très bien que beaucoup de ses crises se terminaient par l'émission d'une urine rosée. A certains moments, il y avait dans l'urine un dépôt d'humeur verdâtre (*sic*).

Les renseignements qu'elle me donne me font presque conclure que l'ablation des annexes est le résultat d'une erreur de diagnostic et que l'on a attribué aux annexes les douleurs qu'il aurait fallu attribuer au rein; en effet, la malade a continué à souffrir de la même manière après comme avant son opération.

A l'examen, je trouve : douleur paraombilicale droite. Douleur lombaire. Pas d'hypermégalie rénale. Au toucher vaginal, Col vésical indolent. Uretère droit, dur et gros comme un porte-plume, douloureux; mais la douleur est plus vive au niveau de l'orifice urétéro-vésical. Rien à gauche.

Urine trouble, un peu laiteuse. Une analyse faite après une crise révèle des leucocytes très nombreux et des hématies.

L'examen de l'urine prise aseptiquement et fait après centrifugation, donne des leucocytes, des cellules du bassinet.

Pas d'élément microbien, pas même de bacilles acido-résistants. Les accidents que la malade éprouvait l'ont déterminée depuis longtemps à faire analyser ses urines. En voici les résultats :

Mais voici les points intéressants :

Dès le 17 février 1888, on trouvait *des traces d'albumine.*

En février 1889. Traces d'albumine et quelques globules de sang.

En mai 1889, 1,20 d'albumine et globules de pus.

Mai 1889, 0,60 d'albumine et quelques globules de pus.

L'albumine diminue pendant un an et puis elle remonte et oscille pendant trois ans entre 50 et 60 centigrammes.

L'examen de l'urine nécessitait une inoculation qui a été faite dans mon laboratoire par Deschamps. Le cobaye, sacrifié le 16 décembre 1904, était tuberculeux.

J'ai fait à cette malade l'épreuve du bleu de méthylène à deux reprises différentes. Comme elle avait les apparences d'une santé robuste, et que la première fois le résultat n'avait pas été favorable, je l'ai répété avec un autre bleu, celui de l'hôpital, qui me donne des résultats certains; or la deuxième épreuve a été semblable à la première.

L'urine ne prend une teinte vert pâle qu'au quatrième verre, c'est-à-dire après deux heures.

1er décembre. Au cystoscope les orifices des deux uretères paraissent *à peu près sains*; près de l'orifice droit une espèce de saillie papillomateuse; pas d'ulcération vésicale.

17 décembre. Séparation de l'urine des deux reins avec l'appareil de Cathelin.

Après une demi-heure, j'obtiens 2 centimètres cubes à gauche. Rien à droite. L'urine s'échappe par le milieu, et après avoir ôté l'appareil, je mets une sonde dans la vessie et j'évacue environ 60 centimètres cubes d'urine. Les deux tubes de l'appareil étaient semblables.

IV. — Mme de la M. R..., trente-six ans. Envoyée par le Dr Paillard. Phénomène de cystite vers Pâques 1904; traitée à Lyon par instillations de toutes sortes qui ne font qu'aggraver sa situation.

Vue par des chirurgiens qui ordonnent un traitement vésical.

Pyélo-néphrite droite manifeste; on sent l'uretère droit gros. Point para-ombilical droit. Point urétéral inférieur très net. Toute la vessie est sensible. Pollakiurie nocturne très marquée, urine jusqu'à trente fois par nuit, à peu près autant le jour.

Mais, dès 1893, elle avait de l'albumine qui était montée jusqu'à 60 centigrammes, mais est descendu à 15 centigrammes. Une saison à Évian la fait disparaître.

A toujours eu de l'albumine depuis ce moment. Elle ferait même remonter son albumine à l'époque où elle était jeune fille: elle aurait, dit-elle, souffert des reins.

La Cystoscopie montre une vessie rouge, ecchymotique par places, surtout au voisinage de l'orifice des uretères.

Elle doit être faite sous chloroforme, et avec une quantité de liquide n'excédant pas 50 grammes.

Recherche du bacille et inoculation positives.

L'urine analysée le 16 décembre 1904 par le Dr Leclerc renfermait :

Volume : 1200.

	Par litre.	Par 24 heures.
	—	—
Urée	21,13	25,25
Acide urique	0,50	0,60
Acide phosph. anhydre. . .	1,60	1,92
Chlorures	7,75	9,30
Leucocytes	très nombreux	»

D : 1017 Δ — 1°31. Albumine.

En janvier 1904, il n'y avait que : D = 1026.

	Par litre.
Urée	16,218
Acide urique	0,520
Albumine	1,23

En septembre 1904, D = 1011.

	Par litre.
Urée	13,450
Acide urique	0,310
Albumine	0,465

En janvier 1905, D = 1019.

	Par litre.
Urée	15,235
Acide urique	0,430
Albumine	0,560

V. — Mme C..., vingt-neuf ans. Appelé dans l'Orne, le 13 décembre dernier, pour voir cette dame atteinte, me dit-on, de pyélo-néphrite avec fièvre. On me montre en même temps une analyse où on avait trouvé deux bacilles acido-résistants.

Je vois une malade fébrile, ayant maigri de 6 kilogrammes depuis six mois. La température les jours précédents avait atteint 39°2, deux reprises. Légère hypermégalie rénale droite.

Point para-ombilical droit. Point urétéro-vésical droit. On sent l'uretère droit gros comme un petit crayon.

Elle est consignée au repos. Tout s'amende. Une nouvelle analyse me révèle des bacilles en amas. Inoculation aux cobayes, positive après six semaines. Or, cette dame est accouchée au mois de juillet et quelques jours après son accouchement on constate de l'*albumine*. On avait aussi constaté de l'*albumine* à une *grossesse précédente*, terminée par un accouchement d'un enfant mort.

J'ajoute qu'actuellement, n'était l'état de son urine qui est trouble, n'était l'état du rein droit sur lequel on perçoit une bosselure assez grosse, on ne croirait pas que cette dame est malade et surtout qu'elle a un rein tuberculeux.

Devons-nous tenir ces faits pour constants et considérer qu'il s'agissait dans ces cas de fausses albuminuries, c'est-à-dire d'albuminuries liées à la présence du pus dans l'urine?

Il n'est pas rare, en effet, de voir des praticiens hypnotisés par une analyse chimique qui a révélé de l'albumine, ne retenir de cette analyse que le fait de la présence de l'albumine, sans qu'ils attachent de l'importance à la présence des nombreux glo-

bules blancs qui auraient pu largement justifier à leurs yeux l'albuminurie.

Assurément, cette interprétation pourrait être soutenue et l'objection peut être valable pour un ou deux des cas que je signale ici, mais il faut remarquer que dans certaines des analyses que je donne ici on relève l'albuminurie sans qu'on note la présence de leucocytes, et même en notant expressément leur absence.

Il y a en outre, ici, un témoignage qui équivaut à une constatation que j'aurais faite moi-même, c'est celui qui se rapporte à la première observation. Le jeune homme qui en fait le sujet avait été vu avant nous par un médecin des hôpitaux, qui l'avait observé avec beaucoup de soin, qui avait vu ses urines, et qui a pu nous affirmer que son urine était claire, que rien ne pouvait à ce moment attirer son attention du côté d'une lésion infectieuse ou autre des reins ; en d'autres termes, cette albuminurie paraissait appartenir aux albuminuries dites médicales, il en est de même de l'analyse qui a été faite par le pharmacien, mari de la malade.

Ce n'était donc pas, dans ce cas, une fausse albuminurie. Je retiens seulement que, dès le moment où on avait trouvé de l'albumine dans l'urine, le jeune homme avait déjà de la pollikaurie et une *pollakiurie nocturne* assez accentuée, au point que je crois pouvoir appeler cette albuminurie : *albuminurie pollikurique.*

L'existence de cette albuminurie prémonitoire n'est pas douteuse, mais que signifie-t-elle ? Ici je suis embarrassé pour fournir une explication et indiquer la signification qu'elle peut avoir.

Indique-t-elle l'envahissement du rein par le bacille de Koch et l'existence de follicules tuberculeux dans le parenchyme rénal ?

Ou bien, au contraire, cette albuminurie indique-t-elle une lésion non tuberculeuse du rein qui permet la fixation du bacille de Koch, et, dès lors, l'évolution de la tuberculose ?

Je ne saurais le dire.

J'essaierai, par l'expérimentation que j'ai déjà commencée, de résoudre cette question et je vous en donnerai les résultats.

Note sur un cas d'emploi d'une injection de scopolamine en chirurgie urinaire,

par M. TERRIER.

L'observation suivante nous semble intéressante au point de vue de l'anesthésie obtenue chez une malade, d'autant plus que c'est, croyons-nous, la première fois qu'on emploie la scopolamine comme anesthésique pour un examen en chirurgie urinaire.

Observation due à M. le D[r] Desjardins : M[me] A..., âgée de cinquante et un ans, lingère.

Il y a deux ans la malade tombe d'un tramway, assise par terre. Aucune contusion apparente. Peu de temps après, la malade remarque la présence de pus dans les urines; l'analyse montre également la présence d'albumine; légères douleurs à droite dans la région rénale. Le décubitus droit n'est toutefois pas plus douloureux que le décubitus gauche. Les selles sont normales, légère constipation. L'appétit, le sommeil et la résistance à la fatigue sont conservés.

L'inspection montre le flanc droit plus volumineux que le gauche.

La palpation révèle dans le flanc droit une masse du volume d'une tête de fœtus, siégeant au niveau du rein. Cette masse est très nettement perçue et délimitée par la palpation bimanuelle qui permet d'obtenir le ballottement lombaire.

Cette tumeur est absolument indolore, mate à la percussion et légèrement mobile; sa consistance est rénitente, et sa forme à peu près régulièrement elliptique.

Avant de décider l'intervention, on veut savoir dans quelles conditions fonctionnent les deux reins.

Le 7 mars, M. de Sard, chargé de la consultation des voies urinaires du service, pratique la séparation des urines suivant le procédé et avec l'appareil de Luys. Mais dès que l'appareil est introduit, la malade souffre beaucoup, elle crie, se débat, il est impossible de continuer plus longtemps l'examen, et au bout de quelques minutes (2 ou 3) on retire l'appareil après avoir recueilli seulement quelques gouttes d'urine purulente à droite et pas d'urine du tout à gauche. En somme cette séparation ne prouve absolument rien sur le fonctionnement rénal. Toute la journée la malade s'est plaint de souffrir.

Le 18 mars, M. de Sard tente une nouvelle séparation, cette fois avec l'appareil de Cathelin. Le résultat est sensiblement identique. Dès l'introduction de l'appareil, la malade commence à gémir et à remuer. Aussitôt qu'on pousse la membrane, la malade crie, se débat à tel point qu'on est obligé de retirer l'appareil sans avoir pu recueillir une seule goutte d'urine; la malade se débattant ne reste jamais sur le plan médian.

Le 25 mars, M. de Sard recommence une séparation; mais cette fois on a recours à l'anesthésie, et M. Terrier ordonne qu'on fasse une injection de scopolamine.

A 8 h. 1/2 on fait une injection de 1 centimètre cube suivant la formule que nous avons indiquée ici. La malade s'endort à 9 heures et dort tranquillement jusqu'à 10 h. 1/2. Pouls 75. Respiration 16.

A 10 h. 1/2 on la transporte dans la salle d'examen des voies urinaires; pendant le trajet la malade s'est complètement réveillée.

On l'installe sur la table dans la position de Luys. On place sur ses yeux une compresse de toile et la malade s'assoupit de nouveau.

On pratique alors la séparation avec l'appareil de Luys sans que la malade fasse le moindre mouvement ni témoigne de la moindre sensibilité, ni pendant le lavage vésical pré-opératoire, ni pendant l'introduction de l'appareil, ni pendant son séjour dans la vessie.

L'appareil est resté en place pendant trente minutes.

Le résultat obtenu fait voir que les deux reins sécrètent la même quantité, le rein droit donnant de l'urine trouble avec des flocons purulents, moulés dans l'uretère. L'urine gauche est claire. L'examen chimique donne la même quantité d'urée pour les deux reins, de l'albumine des deux côtés, mais plus à droite. La quantité recueillie est de 7 c. c. 5 à droite; de 6 c. c. 5 à gauche.

Reportée dans son lit, la malade est restée assoupie encore environ une heure; à midi elle s'est tout à fait réveillée, a mangé et bu comme à l'ordinaire, n'ayant pas le moindre malaise et ne ressentant aucune douleur. Bien qu'elle parût éveillée au début de l'examen, elle n'en a conservé aucun souvenir.

Ce fait, que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de mes collègues qui s'occupent des maladies des voies urinaires, m'a paru intéressant et, que je sache, le premier dans lequel on put pratiquer sans douleur l'examen de la vessie et la séparation des urines.

Tumeurs artérielles pulsatiles de la parotide.

M. Tuffier. — Messieurs, je vous ai montré dans la séance du 15 mars un malade guéri d'un *anévrysme cirsoïde* de la région parotidienne et j'ai promis à ce moment de vous rapporter les trois faits de tumeurs pulsatiles artérielles de cette région que j'avais rencontrés et que j'ai pu guérir. Je vous rappelle que la situation de ces tumeurs dans l'épaisseur de la parotide et en pleine région du trajet du facial rend impossible leur extirpation complète sans lésion du nerf, et tout l'intérêt de cette communication consiste dans l'étude de ce fait : *faire disparaître la tumeur sans faire courir au nerf facial les dangers d'une section ou d'une altération.*

Ma première malade est une enfant de deux ans et demi que je vis le 15 octobre 1894, avec mon assistant le Dr Bresset ; elle présentait une tumeur du volume d'une petite noix, profondément située en pleine région parotidienne sans aucune altération de la peau ; elle était pulsatile, réductible par la pression et par la compression des carotides, mais elle n'était le siège d'aucun souffle ni d'aucun thrill. On avait proposé de faire la ligature de la carotide externe chez cette enfant. Après l'avoir observée pendant un mois et m'être assuré que la tumeur n'avait aucune tendance à diminuer spontanément, je fis le 15 novembre dans de mauvaises conditions d'instrumentation une injection de deux gouttes de liqueur de Piazza dans la tumeur après en avoir interrompu la

circulation au moyen d'un anneau de clef qui circonscrivait la région pulsatile. Je n'eus aucune amélioration. Or, notre président Schwartz venait de publier ses cas fort intéressants d'*électrolyse des tumeurs érectiles*; je lui demandai conseil et il m'engagea à employer ce traitement même à une tumeur artérielle. Je fis successivement le 4 décembre, le 18, le 31 décembre 1894 et enfin le 10 janvier 1895 cinq séances d'électrolyse en introduisant trois aiguilles à chaque séance et dans les conditions de distance, de durée et d'ampérage que vous connaissez. Le succès fut complet et s'est maintenu depuis dix ans. Il n'a laissé comme trace qu'une petite cicatrice au niveau d'une des aiguilles que je n'avais pas suffisamment enfoncée et qui cautérisa la peau.

Mon second fait a trait non pas à un cas d'électrolyse mais à une *ligature de la carotide externe combinée à l'injection de liqueurs de Piazza* dans la tumeur et le tout dans des conditions que je vais préciser. J'ai vu au mois d'avril 1904 avec M. François-Franck et notre collègue M. Perier, une jeune fille de dix-huit ans qui portait un nævus rosé occupant toutes *les régions irriguées par la carotide externe droite*. C'est dire que *tout le côté droit de la face, l'oreille, la région pharyngienne, maxillaire, palatine et linguale* de ce côté étaient uniformément intéressés. Bien entendu ces lésions étaient congénitales. En dehors de ce nævus existait dans la région *parotidienne, profondément située, une tumeur du volume d'nne grosse noix*, violemment pulsatile et présentant un *souffle* continu, peu intense et avec renforcement pendant la systole cardiaque. Les pulsations étaient perceptibles par la face cutanée et par la face pharingienne de la région. Pas de dilatations anévrismatiques au-dessus ou au-dessous de la tumeur, mais battements violents des carotides droites qui paraissaient peut-être un peu plus volumineuse que celles du côté gauche. *Quelques hémorragies* avaient eu lieu du côté de la bouche et c'était pour faire l'hémostase par ligature des vaisseaux carotidiens que j'avais tout d'abord été appelé. Ce cas était donc différent de celui de la première malade en ce qu'il se compliquait d'une tache érectile et surtout par ce fait, que les battements étaient beaucoup plus violents et s'accompagnaient d'un souffle.

Je pensai, et M. Perier fut de cet avis, que la ligature de la carotide externe ne donne dans ces cas qu'un résultat temporaire les anastomoses amenant une récidive rapide (dans quelques semaines ou dans quelques mois) aussi je commençai par pratiquer 4 séances de cette électrolyse qui m'avait si bien réussi. Je n'obtins aucun résultat et dans ma dernière séance je constatai une légère parésie faciale qui dura quarante-huit heures et qui me fit aban-

donner ce traitement. M'étant assuré que *la compression de la carotide faisait disparaître les battements de la tumeur parotidienne*, je proposai alors, ce qui fut accepté — de *combiner la ligature de la carotide externe avec l'injection d'un liquide coagulant dans la tumeur.* Mon intention était d'interrompre le cours de la circulation par la ligature et d'empêcher la récidive en aveuglant d'une façon définitive toute l'éponge vasculaire au moyen du liquide coagulant. Je fis le 14 mai 1904, avec l'aide de M. Perier, une incision sur le trajet de la carotide externe; malgré la présence du nævus il n'y eut pas d'hémorragie notable. Je passai un fil sous la carotide et je m'assurai, par la traction de ce fil, qu'en *coudant l'artère*, les battements de la tumeur disparaissaient; alors, et avant de lier l'artère, *je piquai avec une aiguille de Pravaz le centre de la tumeur parotidienne*, je m'assurai que j'étais bien dans un vaisseau en voyant sortir du sang par l'orifice de la canule, je liai alors la carotide et j'interrompis toute circulation dans la tumeur au moyen d'un anneau de clef qui la circonscrivait. Je remplis la seringue de Pravaz de liqueur de Piazza et je l'adaptai sur son aiguille, je poussai en enfonçant mon aiguille de la superficie vers la profondeur de la tumeur, 6 gouttes de la liqueur (perchlorure de fer à 30 degrés, 1 gramme ; chlorure de sodium, 1 gramme; eau distillée, 4 grammes). Cette jeune fille guérit sans le moindre incident et depuis une année la guérison de sa tumeur parotidienne est restée complète. Les hémorragies ont disparu.

Mon troisième malade, celui que je vous ai présenté, ne diffère de celle-ci que par deux points : sa tumeur pulsatile présentait un souffle rude, continu, avec renforcement et du thrill très marqué, ses vaisseaux carotidiens étaient dilatés.

Voici d'ailleurs l'histoire de ce malade recueillie par M. Rucker, externe du service.

C'est un jeune homme de vingt-deux ans qui ne présente dans ses antécédents, tant personnels qu'héréditaires, rien à relever; à l'âge de dix-sept ans il se forme au côté droit de la région cervicale et sur le trajet même de la carotide une petite tumeur qui augmente progressivement jusqu'à atteindre aujourd'hui le volume d'une petite noix. Cette tumeur est molle, dépressible, élastique, animée de battements isochrones à la systole cardiaque et douée de mouvements d'expansion. Elle paraît adhérer dans la profondeur de la région alors qu'elle se mobilise facilement sous la peau et les muscles dont elle est complètement indépendante; à l'auscultation, on constate un *souffle continu léger avec grand renforcement systolique.*

Le 2 mars 1905 je fais l'incision classique de la ligature de la carotide externe; je trouve une vascularisation veineuse plus considérable que normalement, je reconnais la bifurcation de la carotide externe qui est volumineuse et dont les parois me paraissent plus minces qu'à l'état normal. Je passe un fil à 1 centimètre au-dessus de la bifurcation et je constafe qu'en tirant sur le fil on arrête les battements de la tumeur; dans ces conditions, avant de serrer mes fils, je pique une aiguille au centre de la tumeur dont j'interromps la circulation en circonscrivant la surface pulsatile au moyen d'un anneau de clef, puis je fais ma ligature et j'injecte immédiatement VII ou VIII gouttes de liqueur de Piazza.

Au bout de deux minutes j'enlève mon aiguille, je ferme la plaie par une suture profonde au catgut et une suture superficielle aux agrafes. Pansement aseptique immobilisant la tête et le cou.

Le 5e jour j'enlève les agrafes; le 16e jour la circulation est complète, il ne reste qu'un peu d'induration à la base du cou, pas de battement ni souffle, aucun frémissement; les artères battent normalement. Vous avez d'ailleurs vu le malade et vous avez pu vous rendre compte du résultat de l'opération.

Cet homme présentait des accès épileptiformes qui semblent être en rapport avec la présence de son anévrisme cirsoïde carotidien, et comme il n'est opéré que depuis un mois, je ne puis affirmer ce fait car j'ai vu un malade, à Beaujon, présentant plusieurs petits nœvus sur le trajet de la carotide et avec des accès épileptiformes, si bien que j'avais diagnostiqué chez lui un angiome intra-cranien dont la trépanation m'a montré l'existence.

Il faut donc attendre pour savoir si chez ce malade les accès épileptiformes n'ont pas la même origine.

Je crois ces tumeurs pulsatiles de la région parotidienne particulièrement difficiles à attaquer et a guérir, c'est pourquoi je crois intéressant de vous présenter l'histoire de ces trois cas.

M. Lucas-Championnière. — Les observations de M. Tuffier sont fort intéressantes. Je ne lui reprocherai que de trop généraliser en ce qui concerne le manque d'action de la ligature sur ces tumeurs vasculaires de la face ou du cou. J'ai eu, pour ma part, l'occasion de faire la ligature de la carotide externe pour une vaste tumeur à battements développée dans la joue et le maxillaire supérieur. La disparition des battements fut parfaite et, bien que pendant fort longtemps la tumeur ne se résorbât point, la guérison définitive fut obtenue; car plus de deux ans plus tard il n'y avait pas de retour des battements dans les vaisseaux.

Je ne me fierais pas toujours à ce résultat. J'ai eu l'occasion d'extirper une autre de ces tumeurs et de lier la carotide externe

et même la carotide primitive. Mais ces tumeurs ne sont pas toutes identiques et la ligature a certainement prise sur un certain nombre d'entre elles.

M. Tuffier. — Je ne puis que féliciter M. Lucas-Championnière de son succès; mais je dois dire que tout ce que j'ai lu sur la ligature simple de la carotide externe dans ces cas de tumeur ne m'aurait pas engagé à la pratiquer, M. Perier est également de cet avis, quant à l'histoire de la seconde malade dont parle M. Reclus; il est entendu que mon opération n'a pas guéri son nævus.

M. Reclus. — Comment pouvez-vous admettre que la liqueur de Piazza puisse agir aussi loin, puisque vous admettez que la tumeur se prolongeait jusqu'au voile du palais. Je demanderai également à M. Tuffier si la carotide externe était distendue.

M. Poirier. — La communication de Tuffier m'incite à vous communiquer deux constatations faites hier matin au cours d'une opération de cancer de la langue.

A mon habitude, je procédais d'abord à l'ablation des ganglions du côté opposé à la lésion : je les cherchai en vain, le long et autour des vaisseaux carotidiens et jugulaires; je ne trouvai aucun ganglion ni normal, ni pathologique; il n'y en avait pas d'appréciable à l'œil; mes aides, qui ont l'habitude de ces dissections, contrôlèrent la recherche avec même insuccès. C'est la première fois que je constate l'absence des ganglions de la chaîne carotidienne.

Du côté de la lésion, je trouvai au niveau de la bifurcation carotidienne de gros ganglions dégénérés; leur masse remontait le long de la jugulaire jusqu'à la base du crâne : au-dessous de cette masse ganglionnaire, entre la jugulaire et les muscles prévertébraux, je constatai la présence d'une tumeur du volume et de la forme d'une olive; je la pris d'abord pour un ganglion, puis en la disséquant, je m'aperçus que c'était une *varice artérielle*, attenant au tronc de la carotide externe; je liai la petite tumeur à son implantation.

M. Schwartz. — Puisque M. Tuffier a cité le fait de grande tumeur érectile traitée par l'électro-poncture et que j'ai présenté au Congrès de chirurgie, permettez-moi de vous dire que la malade est restée bien guérie.

Présentations de malades.

Luxation volontaire de l'extrémité supérieure de deux Radius.

M. Bazy présente un individu qui a la faculté de se luxer l'extrémité supérieure de chacun des deux radius.

En outre, il peut faire exécuter à son membre supérieur droit quand il est subluxé un tour et demi sur son axe ; il le fait soit avec sa main gauche, soit avec un bâton qu'il maintient avec l'autre main ; quand il le lâche, ce bâton exécute un mouvement de rotation très violent et très rapide qui pourrait être dangereux, si l'on se trouvait sur son passage.

En outre, il mobilise la partie antérieure de son thorax et aussi ses omoplates qui se dressent verticalement et qu'il meut soit simultanément, soit alternativement d'une façon très curieuse.

Arthrite infectieuse du genou, à streptocoques. Arthrotomie. Guérison.

M. Potherat. — Je vous présente une jeune femme mariée, âgée de vingt ans ; je la présente aujourd'hui uniquement pour vous montrer le bon résultat de mon intervention. Je ferai ultérieurement une communication dans laquelle je m'étendrai plus longuement sur son cas.

Voici en quelques mots le fait. Primipare, elle accoucha le 13 mars 1904 d'un enfant bien constitué, et vivant.

Deux jours après, frissons violents, fièvre, état général infectieux. Trois jours plus tard, elle est admise, sur le diagnostic de fièvre typhoïde, dans le service de mon collègue et ami Œttinger à l'hôpital Broussais.

On ne tarde pas à s'apercevoir que cette fièvre typhoïde est une septicémie puerpérale. Un traitement approprié est institué.

Mais bientôt, le genou gauche gonfle rapidement, devient œdémateux, très douloureux ; la cuisse elle-même augmente de volume, la température atteint et dépasse 40 degrés, l'état général s'aggrave considérablement. Il s'agit bien d'une arthrite infectieuse : une ponction faite ramène un liquide louche, dans lequel l'examen bactériologique décèle du streptocoque pur.

M. Œttinger fait passer la malade dans mon service et, dès le

lendemain, je fais l'arthrotomie. Deux incisions latérales, lavages à la solution de biiodure de mercure et à l'eau oxygénée.

Le 29 mars avait lieu l'arthrotomie. Un des deux drains laissés en place est enlevé au bout de huit jours; le deuxième drain est enlevé un peu plus tard.

Après une période de massage et de mobilisation, la malade quittait mon service le 19 juin, dans un état excellent.

Aujourd'hui, vous le voyez, sa santé est florissante, son genou est guéri; il ne se fléchit pas encore totalement, mais d'une façon très suffisance pour qu'on ne s'aperçoive de rien dans sa marche, et dans toutes ses fonctions de relation.

M. Souligoux présente deux cas de *jéjunostomie en Y, avec torsion de la bouche jéjunale.*

M. Guinard, rapporteur.

Présentations de pièces.

Appendicite et trichocéphales.

M. Walther. — J'ai enlevé ce matin l'appendice que je vous présente. J'en ferai faire l'examen histologique et vous communiquerai ultérieurement les résultats de cet examen. Je l'ai enlevé chez une malade qui était entrée dans mon service, à la Pitié, pour un prolapsus complet de l'utérus et qui n'avait jamais eu de crise d'appendicite même subaiguë. Il existait cependant une douleur fixe à la pression au niveau de l'angle iléo-cæcal avec quelques troubles gastro-intestinaux qui m'avait fait porter le diagnostic d'appendicite chronique.

Le 8 mars, j'avais pratiqué une colpo-périnéorraphie et ce matin je fis la laparotomie pour fixer l'utérus à la paroi. Avant de faire l'hystéropexie, je recherchai, comme je le fais toujours dans toutes les laparotomies, l'appendice et je fus très surpris de trouver un appendice court, mais gros, rouge, épais, manifestement enflammé, avec un cæcum rouge, dur; l'aspect était en somme celui d'une appendicite aiguë, bien qu'il n'y eût et qu'il n'y ait jamais eu aucune réaction fébrile, aucune douleur spontanée.

En examinant l'appendice enlevé et en le fendant suivant son

grand axe, nous trouvâmes un tricochéphale libre en partie, mais plongeant dans une sorte de tunnel de 5 ou 6 millimètres dans l'épaisseur de la muqueuse. A l'extrémité de ce tunnel on apercevait nettement sous la muqueuse très amincie son extrémité céphalique.

En différents points de la paroi de l'appendice, se trouvent, comme vous pourrez le voir sur la pièce et sur le dessin que je vous présente et qui a été fait séance tenante, de petits foyers du volume d'une tête d'épingle, qui semblent bien nettement avoir la même origine. Il y a eu là de petits orifices creusés par les trichocéphales et des inoculations de la paroi de l'appendice autour desquelles s'est faite une véritable lymphangite.

Il m'a paru intéressant de vous apporter cette pièce qui montre d'une forme évidente le rôle de ce trichocéphale pris ici sur le vif, en plein travail de térébration de la muqueuse et qui a provoqué une variété toute spéciale d'appendicite.

M. Guinard. — Par une bizarre coïncidence, ce matin même en opérant une jeune femme pour un kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu, je vérifiai l'état de l'appendice. Il me parut boursouflé et congestionné : je l'enlevai donc et à notre grande surprise, il contenait vingt tricocéphales, que nous avons pu compter, et qui grouillaient dans un épais liquide fécal, comme des poissons dans de la vase. Toute la muqueuse était parsemée de petites ulcérations qui rappellent absolument celles que nous montre M. Walther.

Épiploïte.

M. Walter. — Voici encore un épiploon que j'ai enlevé ce matin chez une femme atteinte, il y a environ deux mois, d'appendicite aiguë, et qui est entrée dans mon service le 17 février. Elle avait encore à ce moment des lésions diffuses qui ont progressivement disparu sous l'influence du traitement.

Ce matin, j'ai enlevé l'appendice qui présentait une folliculite très manifeste. J'ai, de plus, enlevé l'épiploon, parce qu'il offrait des lésions très nettes d'épiploïte récente. Il était rouge, tuméfié, bosselé, et à sa face postérieure était déjà rétracté par des brides, minces encore, mais résistantes, disposées en arcade. De plus, tout son bord libre est, comme vous pouvez le voir, rétracté par une bande déjà fibreuse de 2 centimètres de large environ.

Ce sont là les lésions du début de l'épiploïte qui, plus tard, se développent pour aboutir à ces rétractions, à ces coudures de l'intestin sur lesquelles j'ai souvent appelé votre attention.

Ici encore, les lésions inflammatoires se sont produites à distance. Il n'y avait aucune adhérence, ni au cæcum, ni à l'appendice.

M. Routier. — Je ne partage pas tout à fait l'opinion de mon collègue Walther, après avoir réséqué d'une manière presque constante l'épiploon dans une opération d'appendicite, dès que cet épiploon était enflammé, j'en suis arrivé à le réséquer beaucoup moins souvent, il faut pour cela que l'épiploon soit très épaissi ou qu'il contienne des abcès. — L'épiploïte, suite des opérations, est un résultat d'infection.

M. Walther. — Je ne partage pas l'avis de mon ami, M. Routier. J'ai vu très souvent l'épiploïte persister longtemps après l'ablation de l'appendice. Je l'ai alors observée sous deux formes : tantôt des poussées aiguës ou subaiguës d'épiploïte simulant absolument une poussée d'appendicite aiguë ; récemment, je vous ai cité l'observation d'une jeune fille qui avait été prise, plus d'un an après l'ablation de l'appendice, d'une semblable poussée ; je lui enlevai l'épiploon qui était très épais, couturé de brides, qui adhérait au cæcum, coudait l'angle droit du côlon et envoyait une grosse bride au devant du rein.

Plus souvent encore, j'ai vu l'épiploïte se manifester sous forme d'épiploïte chronique provoquant des troubles variés, douleurs, troubles gastro-intestinaux, tenant à la coudure des deux angles coliques.

L'étude de ces lésions est, je le répète, fort intéressante et d'une grande importance pratique. Il est nécessaire de vérifier l'état de l'épiploon quand on enlève l'appendice alors même qu'il n'est adhérent, ni à l'appendice ni au cæcum, et je crois qu'il faut réséquer tout l'épiploon au ras du côlon quand on le trouve atteint d'inflammation aiguë ou chronique.

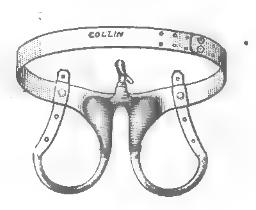
Présentation d'appareil.

Nouveau bandage en caoutchouc pour le traitement de la hernie inguinale des nouveau-nés.

M. Kirmisson. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, de la part de M. Collin, un nouveau bandage en caoutchouc

pour le traitement de la hernie inguinale des nouveau-nés. Dans le modèle courant employé jusqu'à ce jour, les deux pelotes à air sont en continuité l'une avec l'autre au moyen d'un prolongement transversal passant au devant du pubis. Il en résulte que, les deux pelotes étant appliquées sur les orifices inguinaux, l'air reflue par la pression dans ce prolongement transversal qui les unit et le distend.

Dès lors, le bandage est mal appliqué, il se déplace facilement; d'autre part, les pelotes se dégonflant par le fait de la pression, la hernie n'est plus exactement maintenue et l'intestin s'échappe au dehors. Dans le modèle nouveau construit par M. Collin, les deux



pelotes à air sont indépendantes l'une de l'autre, et agissent à la manière des pelotes dans le bandage à ressort. Le bandage tient bien en place et la hernie est efficacement maintenue. Ce bandage a été construit par M. Collin, il y a dix-huit mois pour le traitement d'un de mes petits malades athrepsique, porteur d'une volumineuse hernie inguinale droite qui s'était précédemment étranglée. Or, aujourd'hui, ce petit athrepsique est devenu un très bel enfant, et la hernie exactement maintenue par le bandage peut être considérée comme guérie.

M. Berger. — Ce bandage est ingénieux, mais, même chez les petits enfants, je suis arrivé à employer les bandages à ressort.

M. Kirmisson. — Je répondrai à M. Berger que chez un enfant très athrepsique j'ai pu cependant obtenir un excellent résultat.

Le Secrétaire annuel,

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 5 AVRIL 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. PEYROT demandant sa nomination au titre de membre honoraire.

A propos de la correspondance.

M. DELORME présente, au nom de M. le Dr Yvert, une série de mémoires intitulés :

1° *A propos des blessures de l'œil par grains de plomb*;

2° *Blessure du globe de l'œil et de la cavité orbitaire;*

3° *Les blessures de l'œil et la loi sur les accidents du travail;*

4° *Indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale dans l'ulcère de l'estomac.*

M. BROCA annonce à la Société de chirurgie que M. DEBOVE, doyen de la Faculté de médecine, offre à notre bibliothèque une collection des thèses de la Faculté.

Au nom de la Société, M. le PRÉSIDENT adresse ses plus vifs remerciements à M. le Doyen.

M. GUILLET, correspondant national, adresse l'observation suivante :

Occlusion intestinale chronique produite par l'appendice. Résection de l'appendice. Guérison.

Mme X..., âgée de trente-deux ans, éprouve depuis un an environ des douleurs très vives dans l'abdomen. Ces douleurs surviennent sous forme de crises, qui présentent les caractères suivants : elles débutent brusquement, sans raison appréciable, aussi bien la

nuit que le jour, avant qu'après les repas. La malade ressent alors des coliques extrêmement violentes, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux, le ventre se ballonne et les gaz ne peuvent être rendus par l'anus. La crise dure deux ou trois heures et cesse brusquement par l'émission répétée de gaz abondants. Dans leur intervalle, la malade ne souffre plus et peut travailler. Ces crises, d'abord éloignées et séparées par un intervalle de plusieurs semaines, ont une tendance à se rapprocher et depuis quelques mois elles reviennent plusieurs fois par semaine et deviennent de plus en plus violentes. Il en est résulté un état de grand affaiblissement et la malade, qui a maigri d'une façon notable, s'alimente difficilement. Rien dans les antécédents ne permet de rattacher ces crises à une cause déterminée. Cette dame a consulté plusieurs médecins, qui ont porté des diagnostics différents et n'ont pu lui donner aucun soulagement.

Je la vois au mois d'août 1903. L'examen de l'abdomen est à peu près négatif, cependant la palpation me fait reconnaître l'existence d'une très légère tension du ventre au niveau du flanc droit et de la fosse iliaque droite. Dans cette région, la malade accuse une sensibilité diffuse, sans localisation au point de Mac Burney. Je porte le diagnostic d'occlusion intestinale chronique et estimant d'après les signes précédents que le siège de l'occlusion doit être à droite, je fais une laparotomie sur le bord externe du muscle grand droit du côté droit.

Cette incision me permet de reconnaître que la cause de l'occlusion est l'appendice qui présente les dispositions suivantes :

Cet appendice très allongé est situé en arrière et en dedans du cæcum, lequel est lui-même fixé dans la fosse iliaque par des adhérences ; il vient en remontant en dedans du cæcum se fixer par son extrémité effilé sur l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse. A ce niveau il existe sur le gros intestin une sorte d'anneau fibreux qui fait suite à l'extrémité de l'appendice. Au niveau de l'insertion de l'appendice sur le cæcum, ce dernier présente un amincissement manifeste et une tendance à l'ulcération, laquelle est due certainement à la traction exercée sur la paroi intestinale par l'appendice.

Cette disposition explique facilement le mécanisme de l'occlusion : les gaz arrivant dans le cæcum le distendent; cette distension tiraille l'insertion de l'appendice sur l'angle du côlon et amène une coudure du gros intestin, d'autant plus marqué que la distension du cæcum est elle-même plus accusée. L'appendice est donc bien la cause de l'occlusion intestinale.

D'ailleurs, la suite l'a démontré; la résection de l'appendice a été suivie de la guérison complète et définitive de la malade.

A l'occasion du procès-verbal.

De la myorraphie antérieure des releveurs de l'anus.

M. Delanglade, *correspondant national.* — De la communication de M. Chaput à la séance dernière il semble ressortir que la myorraphie antérieure des releveurs aurait été décrite pour la première fois par Groves, le 1er février 1905. Or, c'est exactement l'opération que sous le nom de *réfection du diaphragme musculaire pelvien* j'ai relatée dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* de 1902, p. 1140, en m'appuyant sur deux faits personnels des 16 et 30 novembre 1901 et dans le *Marseille médical* de 1903, p. 225, et que la différence d'appellation a sans doute laissé échapper.

Les avantages de cette technique sont : 1° de replacer la vessie sur son plancher élastique et contractile normal, ce qui est d'autant plus indiqué que la cystocèle est très généralement l'élément primitif et prépondérant du prolapsus et que les autres moyens qui s'adressent à elle sont indirects ou illusoires ; 2° de repousser en haut et en arrière à sa place normale le col utérin et de corriger de ce chef la variété de rétrodéviation qui accompagne le prolapsus.

Cette intervention n'est peut-être pas toujours réalisable. Dans un cas mentionné au cours du même travail je n'ai pu trouver les releveurs peut-être atrophiés. Quant aux succès, il faut pour les compter la sanction du temps comme pour toute cure d'éventration. La première opérée, revue avec guérison maintenue le 29 avril 1903, soit un an et demi après l'opération, vient de récidiver.

Avec ces réserves la myorraphie antérieure semble mériter d'être employée et perfectionnée, et je suis tout particulièrement heureux de l'étude dont elle est l'objet et des bons résultats qu'elle donne.

Rapports.

Sur une observation de luxation en haut du 2e cunéiforme, adressée à la Société par le Dr Toussaint, médecin-major de 1re classe à l'hôpital Bégin,

par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, le Dr Toussaint, médecin-major de 1re classe à l'hôpital Bégin, vous a lu une curieuse observation de luxation du 2e cunéi-

forme par en haut. Il s'agit d'un jeune sous-officier, dont le cheval, manquant des quatre pieds, s'était abattu sur le pavé de la rue. Au moment de l'accident, le cavalier avait instinctivement vidé les étriers; il éprouva immédiatement une violente douleur, et pour rejoindre le quartier qui n'était distant que de deux cents mètres, il dut s'appuyer sur le bras d'un aide.

Le lendemain, l'on constate que le pied droit est, sur ses faces dorsale et latérale, le siège d'une tuméfaction inflammatoire s'accompagnant d'une infiltration ecchymotique; cette dernière se prolonge le long des gouttières calcanéennes, interne et externe.

Les deux pieds sont fortement cambrés; mais la cambrure du pied droit s'est effacée; il paraît raccourci; cependant la mensuration donne pour les deux pieds la même longueur, 25 centimètres.

Les mouvements des articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne sont normaux; au contraire, toute la région supérieure du tarse est le siège d'une douleur tellement intense qu'un examen approfondi est rendu impossible. Toutefois on délimite, au niveau des 2e et 3e cunéiformes, une saillie qui soulève le tendon du long extenseur du gros orteil; celui-ci reste dans l'hyperextension. Neuf jours après l'accident, la radiographie vient éclairer le diagnostic et démontrer qu'il s'agit d'une luxation du 2e cunéiforme par en haut. Le lendemain, le malade est endormi et la résolution musculaire permet de sentir nettement la saillie du 2e cunéiforme seul; on déprimait facilement, au-dessus et au-dessous de lui, la corde tendineuse du long extenseur, soustendue là comme sur un chevalet.

Le genou étant complètement fléchi, et le pied reposant par sa plante sur un coussin de sable, M. Toussaint appliqua la pulpe du pouce exactement sur le 2e cunéiforme, et obtint la sensation très nette d'un os rentrant, sans la moindre difficulté, à frottement doux, dans son cadre osseux.

Une nouvelle radiographie faite le lendemain, montre que la réduction n'est pas absolument complète; le bord postérieur du 2e cunéiforme fait encore une saillie exagérée sur la face dorsale du pied. Néanmoins, dès les premiers jours de décembre, la marche est facile, et, à sa sortie de l'hôpital, cinquante jours après l'accident, le malade n'accuse aucune gêne fonctionnelle, bien que la circonférence des deux pieds, prise au niveau des cunéiformes, soit de 24 centimètres à droite, et de 22 centimètres à gauche, et que le gros orteil soit maintenu en légère extension.

Le jeudi 9 mars, M. Toussaint a bien voulu nous adresser ce jeune sous-officier aux Enfants-Malades, et nous avons pu constater que, chez lui, la marche s'exécute de la façon la plus satisfaisante; le pied est dans ses rapports normaux avec la jambe. Il y a seule-

ment un peu plus de voussure de la face dorsale du pied, et un peu de contracture de l'extenseur propre du gros orteil.

Les luxations des cunéiformes constituent des lésions rares ; leur description n'occupe pas plus d'une page et demie dans l'ouvrage de Malgaigne.

En ce qui concerne les luxations isolées du 2e cunéiforme, M. Delorme en compte trois cas, ceux de Folker, de Laugier et de Lagarde. Dans ces trois cas, le déplacement s'était produit vers la face dorsale du pied. L'auteur d'une monographie sur les luxations traumatiques des petits os du pied, publiée dans les *Sammlung klinischer Vorträge* de Volkmann (1), Ferdinand Bähr, porte ce nombre à cinq ; aux trois faits précédents, il en ajoute deux appartenant à Turner et à Rossander. M. Toussaint dit n'avoir pu, malgré toutes les recherches auxquelles il s'est livré, retrouver le cas de Lagarde. Je n'ai pas été plus heureux que lui. De même, il ne m'a été possible de consulter les deux observations de Turner et de Rossander, citées par Bähr. Quoi qu'il en soit, il est bien certain que le nombre des observations de luxation isolée du 2e cunéiforme est très minime, et que cette lésion doit être considérée comme une véritable rareté.

M. Toussaint se demande quel a été, dans le cas de son blessé, le mécanisme de la lésion. Il ne saurait s'agir ici d'un mouvement forcé de flexion de l'avant-pied, l'arrière-pied étant resté fixé dans l'étrier, puisque, nous l'avons dit en commençant, ce jeune homme, au moment de l'accident, avait instinctivement vidé les étriers. Mais il est à noter qu'au lieu d'une forte bottine d'ordonnance, le malade portait une bottine de fantaisie à semelle usée, et présentant un claquage latéral. Or, l'examen de cette bottine dont la reproduction a été jointe par M. Toussaint à son observation, montre que le claquage latéral est décousu verticalement sur le côté externe du pied ; en même temps, l'éperon monté sur la bottine est faussé. Il est donc bien évident que le mouvement du pied qui s'est produit au moment de l'accident est un mouvement forcé d'adduction de la pointe du pied, qui a déterminé l'éclatement de la chaussure sur son bord externe, en même temps que le 2e cunéiforme était énucléé vers la face dorsale du pied.

M. Toussaint se demande comment, dans le cas de son malade, l'artère pédieuse a pu échapper aux conséquences d'un tiraillement aussi considérable que celui nécessité par la luxation du 2e cunéiforme ; il en trouve l'explication dans les anomalies si fréquentes de cette artère.

(1) Ferdinand Bähr. Traumatische Luxationsformen der kleineren Fusswurzelknochen, in *Sammlung Klin. Vorträge* de Volkmann, n° 136, 1895.

Les luxations des cunéiformes, et celle du 2e cunéiforme en particulier, appartiennent à cet ordre de lésions des petits os de la main et du pied dont le diagnostic, fort malaisé avant la radiographie, a emprunté à ce mode d'exploration un si vif intérêt.

Toutefois, je dois avouer que, même après avoir étudié les radiographies jointes par M. Toussaint à son travail, je conserve quelques doutes sur l'exactitude du titre donné par l'auteur à son observation. Il me semble en effet sur la radiographie prise de face qu'il existe un léger chevauchement du 1er cunéiforme sur la face dorsale du 1er métatarsien. Il y aurait donc en même temps un certain déplacement du 1er cunéiforme.

Pour ce qui est du traitement, il est bien évident que la conduite suivie par notre confrère devra toujours être imitée. Le malade étant endormi, on exercera sur la face dorsale du pied des pressions directes au niveau de l'os déplacé, en même temps qu'on pourra faire de l'extension sur les orteils; cette conduite a donné, dans le cas particulier, un excellent résultat.

Permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler en terminant que M. Toussaint est un des plus laborieux parmi nos confrères de l'armée; il nous a déjà envoyé de nombreuses et intéressantes communications; vous voudrez bien vous en souvenir, à la fin de l'année, quand il s'agira de dresser la liste des candidats au titre de membre correspondant. Pour le moment, je vous propose de lui adresser nos remerciements, en déposant dans les archives son observation.

M. Berger. — Il me paraît bien difficile sur les radiographies de préciser quels sont les os qui sont lésés.

M. Delorme. — A vingt-cinq ans de distance, je n'ai plus souvenance de la provenance du fait de Lagarde, mais si j'ai rappelé assez au long son cas, c'est pour en avoir lu la narration, soit dans le texte original de l'auteur, soit dans un travail sur le pied.

Je crois que des luxations *complexes* du 2e cunéiforme comme celles des autres os courts du pied sont bien moins rares qu'on ne l'admet à la suite des traumatismes graves du pied. Marit, dans un excellent mémoire sur les entorses graves du pied, émettait déjà cette opinion. Mais si ces luxations paraissent moins rares dans ces traumatismes graves, à l'état complexe, je serai tenté de penser qu'elles sont absolument exceptionnelles à l'état isolé. En tout cas, la radiographie seule peut nous autoriser à poser le diagnostic de luxation isolée.

M. Monod. — Je demande à M. Kirmisson, s'il sait quel a été

le traitement fait dans les trois cas de luxation des cunéiformes qu'il a cités — et quel a été le résultat fonctionnel dans chacun.

M. Kirmisson. — Je répondrai à M. Monod que les deux seuls cas dans lesquels le résultat définitif soit connu sont ceux de Folker et Laugier. Dans celui de Folker, ce résultat fut des plus satisfaisants ; dans le cas de Laugier, la réduction resta incomplète.

M. Monod. — Voici pourquoi j'ai posé cette question. J'ai eu occasion, il y a quelques années, d'observer — à distance — un cas de traumatisme grave du tarse. Il s'agissait d'un de mes neveux, alors en Amérique. Il eut le pied pris et comme broyé dans un engrenage. La radiographie qui me fut envoyée, et que je pourrais peut-être retrouver, révéla les désordres les plus étendus du squelette du pied. Je n'ai pas souvenir des détails. Je me rappelle cependant qu'outre la dislocation des os du tarse il y avait déplacement étendu des métatarsiens; l'un de ceux-ci était transversalement couché sous la plante du pied.

Le blessé m'écrivait en me demandant ce qu'il y avait à faire dans son cas et, entre autres, s'il devait se résigner à l'amputation du pied qui lui était proposée.

Je lui conseillai naturellement de n'y pas consentir et d'attendre. Il attendit et, peu à peu, la situation s'améliora. Il parvint à marcher, d'abord avec béquilles puis avec deux cannes, et finalement sans aucun soutien.

Il retrouva même trop de liberté d'allure, car il put reprendre ses lointains voyages. Il est mort en effet en naufrage sur les côtes du Japon. Il n'avait donc conservé de son accident aucun trouble fonctionnel important.

Ce fait viendrait à l'appui de l'opinion qui veut que les traumatismes graves du tarse peuvent, quel que soit le traitement suivi, ne pas entraver considérablement la marche. La réduction peut et doit être tentée, mais si elle échoue, il ne faudrait pas s'en préoccuper outre mesure.

M. Delorme. — M. Monod demande des renseignements sur le traitement de ces luxations et ses résultats. Dans le cas de Folker la réduction fut obtenue par des pressions directes combinées avec la flexion du pied et l'extension des orteils; dans celui de Laugier, malgré des pressions considérables on ne put arriver à réduire. On s'est contenté de dire que les blessés avaient guéri. Ont-ils marché d'une façon assez satisfaisante? C'est possible, c'est même probable, d'autant que les conséquences fonctionnelles des trau-

matismes du pied, des luxations et fractures graves sont loin d'être en rapport avec les apparences esthétiques. Des luxés du métatarse et du tarse marchent aisément. J'en ai vu des exemples et des observations en font foi; ce n'est que lorsque la lésion porte gravement sur l'interligne astragalo-calcanéo-scaphoïdien que la perte des mouvements de rotation étendue rend la marche difficile sur un sol irrégulier.

M. Rieffel. — Je partage les hésitations de MM. Kirmisson et Berger et je crois qu'il s'agit dans le cas très intéressant de M. Toussaint d'une luxation du 1er et du 2e cunéiforme et d'un déplacement incomplet du 1er. Je ferai valoir à l'appui de mon opinion les résultats de l'expérimentation. A l'occasion d'un cas d'énucléation du grand cunéiforme que j'ai observé en 1890 dans le service de mon regretté maître Tillaux, j'ai essayé de reproduire cette luxation. J'y suis arrivé, mais j'ai remarqué qu'en général le 2e cunéiforme suivait le premier, au moins pendant le premier temps du déplacement.

Il est possible que, dans ces luxations, il soit nécessaire de faire jouer un certain rôle à l'action musculaire; car, dans mes expériences, j'ai toujours dû exercer une traction énergique sur le jambier antérieur, pour produire le déplacement. Je ferai observer aussi que, dans le tendon de ce muscle, il existe parfois un os sésamoïde; c'est peut-être lui qui apparaît sur la radiographie dans l'encoche intermédiaire au scaphoïde et au premier métatarsien.

M. Kirmisson. — M. Chevassu, dont le nom est cité dans l'observation, pourrait peut-être nous donner quelques indications utiles.

M. Chevassu. — J'ai examiné ce blessé et j'ai assisté à la réduction, j'ai pu constater que le 2e cunéiforme en partie énucléé de sa loge dépassait d'environ un centimètre et demi le niveau du scaphoïde et des deux autres cunéiformes.

La pression directe sur le cunéiforme combinée à l'extension sur l'avant-pied a permis d'obtenir facilement la réduction et à ce moment l'opérateur a eu la sensation très nette de la rentrée du cunéiforme dans sa loge.

Étranglement ou inflammation du diverticule de Meckel hernié,
par M. le Dr Brin (d'Angers).

Rapport par M. A. BROCA.

La présence du diverticule de Meckel, seul ou accompagné de l'anse intestinale sur laquelle il s'insère, est assez rare : si bien

que, sur plus de 2.000 cures radicales pratiquées à tout âge et à tous les anneaux, je n'ai pas encore eu l'occasion de la constater. Mais depuis longtemps déjà des observations probantes ont été rapportées, et on en trouvera dans deux thèses, l'une ancienne, l'autre récente, dues à Cazin et à Blanc. Mon but est de vous signaler aujourd'hui, d'après une observation que nous a communiquée M. Brin, les complications dont une semblable hernie peut devenir le siège.

Un homme de soixante-six ans, bien portant malgré des excès alcooliques nombreux, était sujet depuis l'âge de vingt-cinq ans à des coliques horriblement douloureuses, avec vomissements, ballonnement du ventre, constipation, survenant sans cause connue plusieurs fois par an, lorsqu'il constata dans les premiers jours de décembre 1904 une petite tumeur dans l'aine droite. Dès le second jour, la tumeur devint douloureuse; vite elle s'accrut, et le 7 décembre, après un taxis léger et infructueux, le malade fut adressé à M. Brin. La tumeur, grosse alors comme un petit œuf, avait les caractères d'une hernie crurale irréductible, très douloureuse, mais sans vomissements ni constipation. Malgré cette absence de symptômes menaçants, la cure radicale était indiquée : en la pratiquant, M. Brin arriva sur un intestin partout adhérent au sac. Il remonta jusque dans le ventre, en tissus sains, et vit alors qu'il s'agissait d'un diverticule de Meckel, long de 7 à 8 centimètres, resté intra-abdominal sur une longueur d'environ 3 centimètres; le bout hernié, renflé en ampoule indurée, était séparé de la partie saine par une zone ecchymotique répondant à la constriction par le collet. Tout libéré, l'anse entière fut attirée au dehors, puis réduite après résection du diverticule et suture longitudinale de l'intestin. Les suites opératoires furent bonnes, et le malade guérit, malgré une phlébite gauche qui survint le 1er janvier, sans cause connue; je signalerai ce fait, comparable à ce qu'on observe parfois après des opérations d'appendicite, même quand la plaie s'est parfaitement réunie. Pourquoi cette phlébite gauche après opération à droite? Je l'ignore.

Je passe sur cette complication, et je dois me demander maintenant comment il faut interpréter les accidents observés par l'étranglement ou par l'inflammation. Il y avait sur la pièce, la chose est certaine, des lésions des deux ordres : la partie herniée était sûrement enflammée, indurée, adhérente; à sa limite, le collet avait marqué sa striction évidente. Mais lequel avait commencé? L'étranglement, avec inflammation sous-jacente, ou bien l'inflammation, avec étranglement du diverticule tuméfié dans un anneau inextensible?

Il semble bien que cette deuxième manière d'envisager les

choses soit la bonne, et qu'en fait les observations d'étranglement vrai du diverticule seul soient douteuses. Blanc n'en cite que deux cas, d'ailleurs contestables : dans l'un, dû à Kirmisson, il est probable que l'anse sus-jacente était étranglée; dans l'autre, ancien, dû à Méry, il s'agit presque sûrement d'une inflammation.

Les symptômes observés dans les cas de ce genre sont plutôt, en règle générale, ceux d'une inflammation. Cela se conçoit, d'ailleurs, car on sait qu'il n'y a pas d'accidents d'étranglement quand on serre par mégarde dans la ligature un diverticule hernié dans la base du cordon ombilical, et seule une fistule survenant à la chute du cordon nous apprend que cet accident eut lieu.

En réalité, nous nous trouvons ici dans des conditions analogues à celles des hernies de l'appendice seul, où les phénomènes inflammatoires, capables de se propager gravement au péritoine abdominal, sont à peu près seuls à craindre. Avec cette particularité qu'en raison de la largeur de l'orifice communiquant avec l'intestin, l'engouement par corps étranger peut être l'origine du phlegmon herniaire. Ce qui eut lieu, par exemple, chez un portefaix qu'en 1723 Farcy débarrassa de la sorte, avec succès, d'osselets avalés en mangeant des pieds de mouton. Dans un autre cas cité par Cazin, du phlegmon herniaire incisé il sortit des ascarides lombricoïdes.

Le fait certain est que les diverticules herniés s'enflamment facilement, et la preuve en est dans la fréquence des adhérences que l'on trouve entre eux et le sac au moment de l'opération. Ces adhérences ont pour lieu d'élection le bout du cul-de-sac. Et il est bien probable que, même avant que la hernie ne fût constituée, les accidents abdominaux anciens dont souffrait le malade de Brin aient eu pour cause des crises de diverticulite, comparables aux crises d'appendicite. Et la diverticulite herniaire à rechutes est comparable à l'appendicite herniaire à rechutes, aujourd'hui bien connue.

Je mentionnerai, pour mémoire, la possibilité d'étranglements intra-herniaires par le diverticule enroulé autour d'une anse; et sans doute M. Rieffel nous fera-t-il bientôt un rapport sur une observation de ce genre que nous a communiquée M. Auvray.

Quelle conduite tenir dans ces cas? Seule, la résection du diverticule est rationnelle, car la réduction de l'organe enflammé est capable de contaminer le péritoine. Quant à la technique de cette résection, quoiqu'on ait pratiqué la ligature simple avec cautérisation, je crois avec M. Brin que l'enfouissement du moignon, ou mieux la suture longitudinale, est le seul procédé à conserver.

Le taxis est ici particulièrement dangereux, car il expose à la

réduction d'un diverticule enflammé, capable de provoquer une péritonite.

Je vous propose de remercier M. Brin et de déposer son travail dans nos archives.

M. Berger. — Je n'ai jamais eu affaire à l'étranglemeut d'un diverticule intestinal compris dans une hernie ; les faits assez nombreux que j'ai recueillis dans la littérature étaient signalés par des accidents d'inflammation et de péritonite herniaire plutôt que par ceux qui accompagnent un étranglement véritable ; c'étaient des accidents d'étranglement incomplet analogues à ceux que l'on observe dans les appendicites herniaires. Il en est tout autrement quand le diverticule intestinal est lui-même la cause et non l'objet d'un étranglement intestinal.

Le seul cas de diverticule intestinal vraiment intéressant que j'ai observé est celui d'une personne sur laquelle, pour une toute autre cause, nous pratiquions, M. Rochard et moi, une laparotomie. Nous découvrîmes un diverticule inserré sur l'intestin grêle, un peu au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Il avait au moins 12 centimètres de long et présentait le volume du médius ; il ressemblait donc plutôt à un bout d'intestin proprement dit qu'à un diverticule. Nous l'enlevâmes au ras de son insertion par une incision suivie d'une suture en surjet, totale, enfouie elle-même sous une suture séro-séreuse, comme s'il s'agissait d'une entérectomie ordinaire. L'écrasement du pédicule de ce diverticule avec l'engiotribe suivi de sa ligature et d'enfouissement de celle-ci sous une suture en bourse aurait peut-être causé un plissement ou retrécissement de cette partie de l'iléon.

Présentations de malades.

Enchondrome de la langue.

M. Routier. — Je vous présente cette jeune femme de vingt et un ans comme un exemple assez rare de tumeur bénigne de la langue.

Voilà quatre ans environ, elle s'est aperçue qu'il se produisait une sorte de petite boule sur l'extrémité droite de la langue ; cette petite boule a augmenté de volume et il en est venu d'autres.

Le diagnostic clinique d'enchondrome, qui s'imposait malgré l'extrême rareté de cette variété de tumeurs, a été corroboré par un examen de M. le Dr Herrenschmidt.

J'ai en effet enlevé cette tumeur il y à quinze jours ; la malade a guéri très vite, car j'ai pu suturer la plaie que j'avais faite à la langue pour enlever la tumeur que voici.

Illusions radiographiques.

M. Potherat. — On a déjà, nombre de fois, apporté ici des épreuves radiographiques destinées à montrer à quelles erreurs peuvent conduire les images dues à cette méthode, si on les lit comme une photographie. C'est surtout à propos des fractures qu'on a montré combien il importait de savoir interpréter les radiographies.

Les épreuves que je vous présente sont une nouvelle démonstration de ce fait, en ce qui concerne les corps étrangers.

Voyez cette épreuve d'une main, prise de champ, le pouce écarté. Une balle s'y voit très bien ; elle paraît très nettement dans l'épaisseur de l'eminence thénar ; c'est à ce niveau d'ailleurs que se trouvait le trou d'entrée. Et pourtant sur cette autre radiographie prise de face on voit le projectile au-devant de l'extrémité supérieure du 5e métacarpien ; et c'est dans l'épaisseur de l'eminence hypothénart que je l'ai trouvée. En fait, la balle que voici, du calibre 9 millimètres, a passé et cela est intéressant au point de vue anatomique entre le gril des métacospériens, et les organes de la paume de la main, sans en léser aucun.

Voici deux autres radiographies faites sur le coude d'un malade que j'ai opéré ce matin d'une balle de revolver qu'il a reçue il y a deux jours.

L'épreuve radiographique faite transversalement de dedans en dehors montre une balle se détachant très nette sur la face interne de l'extrémité supérieure du cubitus. La tache noire est large, la balle est donc aplatie, étalée. Pourtant l'orifice d'entrée est sur la face postérieure du coude. Mais voici une deuxième épreuve, celle-ci dans le sens antéro-postérieur et d'arrière en avant. Le projectile y est indiqué par une tache noire, moins nette, plus petite, répondant à l'espace inter-cubito radial et plutôt même au col du radius.

En fait, la balle que j'ai extraite ce matin, et que voici, était logée, dans l'épaisseur de l'extrémité supérieure du cubitus, à une profondeur de 3 à 4 millimètres environ, côté externe.

Conclusion : les épreuves radiographiques ne sont pas la représentation exacte, anatomique, des faits ; elles représentent des projections ; elles doivent être faites dans des plans différents ;

et il faut encore savoir les interpréter. En ce qui concerne les projectiles leur situation anatomique ne peut être nettement précisée que par une instrumentation spéciale, comme celle de M. Contremoulins.

Anévrisme volumineux proéminant à droite du sternum.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter un malade atteint d'anévrisme thoracique volumineux que je me propose de traiter par la solution salée de gélatine à 2 p. 100 suivant la méthode de Lancereaux.

Le malade est actuellement âgé de trente-neuf ans, il a été traité de vingt et un à vingt-trois ans pour un chancre primitif spécifique qui n'a été suivi d'aucun accident secondaire apparent en dehors de la roséole; il ne présente aucun engorgement des ganglions lymphatiques et n'a d'autre lésion que sa tumeur. On note des accès de paludisme peu graves pendant son séjour aux colonies.

L'anévrisme s'est développé à la suite d'une période de douleurs très pénibles occupant la cavité thoracique mais sans exaspérations nocturnes; la toux et les inspirations profondes augmentaient la douleur; même état du mois de juin 1904 à novembre suivant; à cette époque la douleur s'atténue, mais vers le milieu de février une tumeur apparaît au bord droit du sternum entre la 2e et la 3e côte, elle se développe rapidement et présente actuellement le volume d'une demi-tête de fœtus à terme.

Elle est pulsatile avec mouvement d'expansion et la paume de la main appliquée sur elle perçoit deux chocs correspondant aux bruits du cœur; double souffle à l'auscultation. La base de la tumeur est dure et se confond en dedans avec le sternum et en dehors avec la paroi costale (de la 2e à la 4e côte). Le pouls radial gauche est sensiblement moins fort que le droit ; rien du côté des pupilles; voix normale, pas de bruits vasculaires perçus par le malade. Réflexes patellaires normaux.

Un traitement ioduré de 2 à 10 grammes par jour a été institué, mais le développement rapide de la tumeur et son volume actuel nécessitent une thérapeutique plus active ; c'est pourquoi les injections gélatineuses vont être incessamment appliquées ; je me propose de vous communiquer plus tard la suite de l'observation.

Présentations de pièces.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. POTHERAT. — La pièce que je vous présente et qui provient d'une jeune fille de vingt-quatre ans, vierge, entrée dans mon service de l'hôpital Broussais et que j'ai opérée, il y a deux jours, est un kyste dermoïde. Elle en présente tous les caractères : une vaste poche remplie d'une matière jaune épaisse, fluente, homogène qui était manifestement de la matière sébacée, et dans laquelle se trouvaient de gros échevaux de poils longs. Ces poils pour le dire en passant étaient *blonds* et la malade est de couleur chatain. D'autres poils, également fins et soyeux, sont insérés sur des masses charnues rappelant l'aspect du cuir chevelu.

Les deux points dignes d'intérêt, c'est, d'une part, l'importance et le développement des masses solides et en particulier osseuses. Il y a une vaste écaille osseuse, plate, rappelant un mince pariétal ; il y a en outre quatre dents portées sur un massif osseux et charnu ; l'ensemble rappelle très exactement un maxillaire, avec son rebord alvéolodentaire, sa gencive, et ses dents. Quelques dents erratiques sont insérées dans le voisinage. C'est, d'autre part, que le diagnostic a pu être affirmé avant l'opération. En effet, la présence d'une tumeur arrondie, sans retentissement sur l'état général, molle, rénitente plutôt que fluctuante, paraissant à la fois solide et liquide, suffisait à faire présumer un kyste dermoïde ; mais en outre, par l'exploration du cul-de-sac de Douglas, on sentait nettement des pièces osseuses larges, et même des parties osseuses petites, saillantes, analogues à des dents. Aussi avions-nous pu, sans difficulté, mes élèves et moi, affirmer qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde, et que nous sentions des dents multiples.

Dans le cas présent, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire dans les kystes dermoïdes, il est difficile de retrouver l'ovaire gauche, au niveau duquel s'est développée la lésion. L'ovaire droit et la trompe ne présentaient aucune altération apparente ; je les ai laissés en place, bien entendu. Je rappelle, pour mémoire, qu'une malade, dont je vous ai rapporté ici l'observation à l'occasion d'une présentation de pièces, et que j'avais opérée une première fois à l'âge de quinze ans d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit et chez laquelle l'ovaire gauche m'avait paru absolument sain, vit treize à quatorze ans après son ventre reprendre du développement et je dû à l'âge de trente ans l'opérer d'un volumineux kyste de l'ovaire gauche, qui n'était autre qu'un kyste dermoïde.

La malade n'est opérée que depuis deux jours ; je ne puis donc

dire quel sera l'avenir de mon intervention ; toutefois tout fait prévoir qu'elle aura des suites simples et favorables.

Deux observations curieuses de corps étrangers du genou.
A. *Corps étranger long, mince, aplati, flexible.* — B. *Corps étranger diagnostiqué par les seuls signes rationnels ; avantages de l'incision transversale sous-rotulienne.*

M. Chaput. — Dans mon premier cas, il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, manifestement tuberculeux pulmonaire, qui présentait depuis un an et demi une augmentation de volume de l'articulation du genou droit, mais sans gêne et sans douleur, sinon dans la flexion de la jambe. Depuis quelques semaines, les douleurs et la gêne ayant augmenté, il entre à Boucicaut.

On constate alors un empâtement de l'articulation, situé surtout en haut et en dehors de la rotule ; l'extrémité inférieure du fémur est très augmentée de volume, aiusi que la tubérosité antérieure du tibia. Un examen approfondi montre que l'épaisissement de la synoviale est causé par un corps volumineux qu'on peut déplacer, qui se cache alors sous la rotule, mais qui ne s'éloigne jamais beaucoup.

Le 23 *mars* 1905, je pratique à la stovaïne lombaire l'arthrotomie au niveau du corps étranger. Celui-ci est implanté par un pédicule court, épais de 5 millimètres, large de 1 cent. 1/2 environ sur la face externe du condyle externe du fémur.

Je coupe ce pédicule aux ciseaux.

Le reste de l'articulation paraît sain.

La section du pédicule saignant abondamment, je la tamponne avec une mèche de peroxyde de zinc et je draine le cul-de-sac sous-tricipital.

Ablation du drain et de la mèche au quatrième jour. Le malade est actuellement en voie de guérison. Le corps étranger est long de 5 centimètres, large de 2 cent. 1/2, épais de 3 à 4 millimètres, ovalaire, avec une extrémité plus petite correspondant à son pédicule. Il est tout à fait souple comme un cartilage de l'oreille.

L'examen histologique sera communiqué.

La deuxième malade est âgée de vingt-quatre ans. Elle n'a pas subi de traumatisme antérieur. Il y a dix jours, elle fut prise en marchant d'une douleur subite et violente qui la força à s'arrêter. Cette douleur ne dura que peu d'instants, et la flexion redevint possible, mais l'extension resta gênée ; à l'*entrée*, on constate

que la jambe est demi-fléchie (environ 70 degrés); le genou n'est pas déformé ni douloureux, la flexion s'exécute bien, mais l'extension complète est impossible, elle s'arrête brusquement comme si un corps dur s'interposait entre les surfaces articulaires.

Sur ces renseignements, je diagnostique un corps étranger articulaire, quoique la palpation n'en révèle aucun, et comme je pense que ce corps est situé profondément, je pratique le 6 décembre 1904 une grande incision sous-rotulienne qui me permet de faire bâiller largement l'articulation. En fléchissant la jambe, j'aperçois bientôt à la face inférieure du condyle interne un corps étranger situé dans une logette placée à cheval sur les faces inférieure et intercondylienne du condyle ; il est fixé au condyle par de petits filaments fibreux. Je l'enlève facilement et je suture sans drainage les parties molles. Réunion immédiate. Guérison avec une certaine raideur du genou occasionnée par une immobilisation d'un mois. Le retour des mouvements s'obtiendra facilement si la malade veut se soumettre à nos conseils. Le corps étranger est aplati et ovale, il mesure 18 millimètres de long, 10 à 12 millimètres de large et 5 millimètres d'épaisseur ; sa face adhérente est plane, sa face libre est légèrement convexe.

Le corps étranger faisait une légère saillie sur le plan inférieur du condyle.

Cette observation est intéressante en raison du diagnostic posé sur les seuls signes rationnels. L'opération a été tentée malgré l'absence de constatation directe du corps étranger, contrairement aux données classiques.

Si je m'étais contenté de l'incision latérale classique, j'aurais sûrement échoué dans mes tentatives d'extraction, mais l'incision transversale sous-rotulienne permet d'explorer facilement et complètement l'article. Elle me paraît à recommander pour tous les cas où l'incision ne peut être faite directement sur le corps étranger.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 12 AVRIL 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Une lettre de MM. DELORME et RICARD, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

2°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. BERGER dépose sur le bureau de la Société : 1° Un travail de M. Jeanbrau, intitulé : *Ostéosarcome de l'humérus. Amputation interscapulo-thoracique.*

2° Un travail de MM. Jeanbrau et Riche, intitulé : *La survie après l'amputation interscapulo-thoracique.*

A l'occasion du procès-verbal.

Corps étranger articulaire

M. CHAPUT. — Le corps étranger aplati et allongé que je vous ai présenté à la dernière séance a été examiné par M. le professeur Cornil, qui l'a trouvé parsemé d'îlots tuberculeux et de cellules géantes.

Rapports.

Goitre volumineux suffocant (Adénome congénital des vésicules ciliées du cou), par M. Villemin.

Rapport de M. FÉLIZET.

Dans la séance du 22 mars, M. Villemin nous a communiqué une observation d'adénome congénital des vésicules ciliées du cou chez une fillette âgée de six semaines.

Je résume brièvement les faits : enfant née avant terme, poids 2^k^750, accroissement de la tumeur par poussées, crises d'asphyxie, cyanose, cornage, alimentation impossible, amaigrissement. Tumeur asymétrique irrégulière, s'étendant du maxillaire inférieur à la fourchette sternale et à la clavicule, formée de deux lobes inégaux parsemés de grosses bosselures et de consistance rénitente.

Le 15 janvier, extirpation de la tumeur à l'hôpital Bretonneau. Je passe sur les incidents opératoires et les craintes que l'on eut sur la vie de l'enfant, au cours de l'intervention. Suites normales, guérison par première intention, cessation presque immédiate des accidents d'asphyxie.

La tumeur, qui pesait 47 grammes, a été examinée par M. Branca et est, au point de vue histologique, des plus intéressantes. Elle est criblée de cavités de forme irrégulière, de dimensions très variables, tantôt isolées, tantôt intercommunicantes. Ces cavités sont plongées dans une gangue de tissu conjonctif semée de fibres musculaires lisses en faisceaux, parfois orientées parallèlement à la surface des cavités. Elles sont toutes tapissées d'un revêtement épithélial qui présente un polymorphisme des plus remarquables. L'épithélium est simple ou stratifié. Le premier montre des cellules, plates ou cubiques, ou prismatiques. L'épithélium stratifié offre tantôt le type pavimenteux, tantôt le type prismatique dont les cellules sont nues ou munies de cils vibratiles qui portent une granulation colorable à leur point d'implantation. Les formes simples et stratifiées les plus diverses peuvent se trouver réunies dans la même cavité. Cette dernière est généralement volumineuse, vide ou occupée par des éléments desquammés, quelquefois réduite à une simple fente linéaire, plus rarement absente et remplacée par un bourgeon épithélial plein. A noter l'absence de substance colloïde dans ces cavités, leur délimitation nette

sans tendance à l'infiltration de l'épithélium dans le tissu conjonctif.

La tumeur se rattache donc histologiquement aux organes épithéliaux annexés à la glande thyroïde et plus spécialement aux vésicules ciliées qui sont accolées aux parathyroïdes et aux glandes thymiques.

Or, la signification de ces vésicules ciliées est actuellement très discutée. Les vésicules à épithélium cilié furent reconnues pour la première fois par Remak en 1843 chez le chat : elles sont annexées aux lobules thymiques. Elles furent retrouvées en 1883 par Watney, mais chez le chien seulement. En 1892, Capobianco confirma les recherches de Remak.

D'autre part, Andersson en 1894 découvrit des vésicules à épithélium cilié dans la glande thyroïde chez de jeunes chats.

Enfin Kohn, en 1895, décrivit à son tour des vésicules, des cavités kystiques dans les glandules parathyroïdes, organes cervicaux, également d'origine branchiale; cependant il ne trouva pas de cils vibratiles sur les cellules épithéliales qui les tapissent.

Mais Nicolas, en 1896, a reconnu, dans les lobes latéraux du corps thyroïde du lapin, des canaux à cavités extrêmement spacieuses, irrégulières et émettant par places des diverticules.

L'épithélium qui les tapisse affecte une configuration variable : représenté en beaucoup d'endroits par des îlots de hautes cellules cylindriques ciliées, il est constitué ailleurs par des cellules presque plates ou bien cubiques ou encore volumineuses à contours arrondis.

Cette description rappelle bien le polymorphisme de l'épithélium étudié dans la tumeur.

Chez le chat, Nicolas a également trouvé des vésicules partiellement tapissées de cellules nettement ciliées dans le thymus, dans le voisinage de la glandule parathyroïde externe, dans l'épaisseur même de la glandule.

Dans la mesure où il est permis de conclure de l'espèce animale à l'espèce humaine, on est autorisé à supposer que cette tumeur congénitale, offrant par endroits de si grandes analogies avec les vésicules ciliées du thymus ou des parathyroïdes, en est une dépendance directe. En cette circonstance, nous ne pouvons nous baser que sur quelques rares recherches d'histologie normale et comparée, car il n'existe pas, à notre connaissance, dans la pathologie humaine, de fait comparable à celui que nous apportent MM. Villemin et Branca.

Les productions kystiques d'origine lymphatique sont essentiellement différentes.

Les kystes thyroïdiens congénitaux, déjà très rares, puisqu'il

n'en existe que sept cas, ceux de Boucher, de Rendu, de Houel, de Virchow, de Demm, de Lochlein et celui qu'Isambert a communiqué à la Société de chirurgie, il y a cinq ans, sont tout autres : ce sont de grosses cavités kystiques tapissées d'épithélium cylindrique non vibratile, incluses dans la thyroïde normale et qui n'ont aucun rapport avec le cas qui nous occupe. L'adénome des vésicules ciliées constitue donc pour nous une rareté pathologique.

Le côté thérapeutique de la question ne manque point non plus d'intérêt. Dans un travail récent sur le goitre congénital, Lugenbuchl, rappelant les interventions de Malgaigne, de Bach, de Schimmelbusch, ainsi que la sienne, conclut, en présence de trois décès sur quatre opérés, à l'extirpation partielle, pour éviter, dans la mesure du possible, la mort des enfants par asphyxie. Dans le cas de M. Villemin, l'exérèse fut aussi complète que possible et le résultat thérapeutique aussi bon qu'on pouvait le souhaiter.

Anurie calculeuse. Rein unique. Néphrotomie. Guérison, par M. Guibal (de Béziers).

M. TUFFIER, rapporteur.

L'observation que nous a envoyée M. Guibal a trait à une question plusieurs fois agitée à cette tribune et bien étudiée dans ses grandes lignes; mais elle n'en constitue pas moins un document très intéressant et qui mérite d'être enregistré au point de vue des questions encore pendantes de l'histoire de la lithiase rénale. Voici d'abord le résumé de cette observation : un homme de cinquatre-quatre ans, très vigoureux, et ayant dépassé les 100 kilogrammes, présentait depuis quinze ans des accidents de gravelle rénale. Pendant treize ans, ses coliques néphrétiques siégèrent toujours à gauche lorsque, le 29 septembre 1904, cet homme fut réveillé brusquement par une violente douleur dans la région rénale *droite* avec irradiation dans la région inguinale et dans la cuisse du même côté; il reconnut sa colique néphrétique, mais pour la première fois elle siégeait à droite et pour la première fois aussi, après quelques heures de durée, cette colique s'accompagna d'une *anurie* absolue. Malgré l'absorption d'eau de Vittel, malgré les grands bains prolongés, cette anurie persista d'ailleurs sans aucun autre trouble fonctionnel; aussi est-ce seulement le

huitième jour que M. Guibal est appelé à le voir, et il le trouve dans l'état suivant :

« Je vois le malade huit jours après le début de l'anurie. Elle a été absolue depuis la miction qui a précédé la crise de colique néphrétique. L'état paraît bon, cependant je note quelques signes avant-coureurs de l'urémie : les pupilles sont très rétrécies; le pouls est extraordinairement lent, battant à 54, il est très dur, très tendu; les mains, les pieds, le nez, les oreilles, sont cyanosés et glacés; le patient se plaint de ne pouvoir les réchauffer; pas d'œdème des malléoles, pas de bouffissure de la face; par moment surviennent des crampes dans les mollets; la langue, rouge sur les bords, est couverte sur le dos d'un enduit fuligineux très épais et ressemble à celle des urinaires cachectiques. Je trouve enfin une ascite énorme avec matité remontant à l'ombilic, remplissant les flancs et qui représente certainement plusieurs litres de liquide, étant données la taille et la corpulence du sujet. Dans la plèvre droite existe un épanchement occupant la moitié de sa hauteur, se manifestant par la matité, l'abolition des vibrations, le souffle expiratoire. Rien dans la plèvre à gauche, ni aux poumons. Au cœur existe un bruit de galop très net. Pas de fièvre ni d'hypothermie. Depuis deux jours, le malade est un peu somnolent, mais il répond bien aux questions, et se lève toute la journée. A titre de renseignement, j'introduis une sonde dans la vessie, elle ne ramène rien. La palpation des lombes est difficile à cause de l'embonpoint et de l'ascite ; à gauche, elle est négative; à droite, elle provoque une douleur sourde; il en est de même de la palpation de l'uretère sur le détroit supérieur. Toucher rectal négatif. La constipation dure depuis quatre jours. »

J'ai cru devoir rapporter *in extenso* cet état actuel du malade, je puis être plus bref sur le reste de cette observation. C'est neuf jours et demi après la dernière miction que M. Guibal pratique sur le *rein droit* une néphrotomie qui lui fait trouver un organe énorme, rouge violacé et dont l'incision sur la ligne médiane lui permet de constater qu'*il n'existe pas une goutte d'urine dans le bassinet.* Le cathétérisme de l'uretère, pratiqué précédemment, *ne rencontre aucun obstacle.* Le bassinet est drainé, la plaie rénale rétrécie par deux points de suture au catgut, et une heure après l'opération l'urine s'écoulait abondamment par le drain ; le lendemain le pansement et le lit du malade étaient inondés; l'état général s'améliorait, le cinquième jour, l'opéré urinait spontanément 120 grammes d'urine, le treizième jour, les mictions étaient normales, la cicatrice du rein était fermée et deux mois après, le malade rendait spontanément deux petits calculs.

Certainement, il ne s'agit pas là d'un fait absolument exceptionnel et nous avons tous été aux prises avec des cas semblables ; il est cependant à remarquer que des malades guéris après une

intervention aussi *tardive* (neuf jours et demi) ne sont pas très nombreux. Nous ne saurions également que féliciter M. Guibal d'avoir agi sur le rein droit; il y a bien longtemps que nous-même et bien d'autres avons donné le conseil, dans l'anurie calculeuse, de toujours inciser le côté qui a été douloureux le dernier. J'ai toujours suivi cette conduite et elle ne m'a donné que des succès ; c'est qu'en effet le rein unique (au point de vue fonctionnel) auquel a eu affaire M. Guibal constitue la règle. J'en ai vu bien des exemples, aussi la seule question qui me paraîtrait actuellement utile à résoudre serait de savoir si après cette néphrotomie sur le rein le moins malade, il ne serait pas utile ultérieurement d'aller *déboucher le rein du côté opposé*, car nous avons dans la division intra-vésicale des urines un moyen très simple de poser le diagnostic. C'est là un fait de thérapeutique qu'il faudra discuter avec des faits et dont on pourrait prévoir dès maintenant les indications : époque récente des accidents de ce côté, leur répétition, etc.

Ici se pose, en effet, la question de savoir si l'anurie est toujours la conséquence d'une *oblitération* urétérale ou si elle peut être d'*origine réflexe*. Après bien des observations et des discussions, il semble que les deux mécanismes puissent être invoqués, mais avec une fréquence et une durée inégales. L'oblitération est la règle, l'anurie réflexe est l'exception. Quand il s'agit d'un simple défaut de sécrétion temporaire, durant quelques heures, vingt-quatre ou trente-six heures même, la théorie réflexe peut être invoquée et il est des observations qui la rendent indiscutable ; mais si l'accident se prolonge, c'est que les deux reins ont été atteints. En tous cas, le fait de M. Guibal est fort intéressant puisqu'il y est nettement affirmé et démontré qu'il n'existait pas de rétention intrarénale au moment de la néphrotomie.

Cette constatation me paraît encore plus importante que celle de l'absence d'obstacle urétéral lors du cathétérisme, car on peut toujours penser que le calcul a été déplacé par la sonde sans que le chirurgien ait eu la sensation d'un contact anormal.

Au point de vue chirurgie, cette observation renferme deux complications extrêmement rares dans l'anurie : l'*hydrothorax* et l'*ascite*. La lecture de cette observation ne permet aucun doute sur leur présence et je ne sache pas qu'ils aient été déjà signalés. Pour ma part, j'ai vu plusieurs fois un œdème de la région périnéale dans les cas d'anurie, mais je n'ai jamais vu ni hydrothorax ni ascite, peut-être parce que les malades que j'ai opérés ne présentaient pas des accidents d'aussi longue durée. Dans les observations, à l'avenir, il faudra rechercher dans les différentes séreuses ces signes de transsudation.

Tels sont, Messieurs, les faits que j'ai cru devoir relever dans cet intéressant travail; je vous propose de le déposer dans nos archives et de remercier le distingué chirurgien de Béziers, qui nous a déjà adressé de si intéressants travaux.

Présentations de malades.

Deux cas d'amputation interscapulo-thoracique.

M. Berger. — Le malade que je vous présente est entré le mois dernier dans mon service, porteur d'une énorme tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, englobant tout le bord axillaire de l'omoplate et déterminant une paralysie complète du nerf radial correspondant. Cette tumeur était un chondrome récidivant qui avait subi déjà six opérations pratiquées par Péan, par M. Bousquet, de Clermont; son début remontait à 1888. — Voici le moulage qui a été fait de la tumeur avant l'opération et qui permet de juger de son volume.

L'amputation interscapulo-thoracique a été pratiquée le 24 mars dernier à l'hôpital Necker; les fils et les drains ont été retirés au bout de huit jours; le jour même ou le lendemain, l'opéré pouvait se lever.

Voici la pièce qui a été préparée par M. le Dr Herrenschmidt, chef du laboratoire de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker. Ainsi qu'on peut le constater, la tumeur est développée aux dépens du périoste de l'extrémité supérieure de l'humérus qu'elle englobe mais qui n'est pas détruite; elle englobe également le bord axillaire, l'angle inférieur, les fosses sous-scapulaire et sous-épineuse de l'omoplate, mais elle n'adhère pas à cet os non plus qu'aux muscles qu'elle refoule, qu'elle étale à sa surface. Le nerf radial est compris dans la tumeur et dégénéré; les nerfs médian et cubital lui sont également adhérents, mais ils ne paraissent pas encore détruits. La tumeur est formée de plusieurs lobes constitués par du cartilage hyalin; un certain nombre de ces lobes étaient creusés de géodes contenant un liquide résultant de la dégénérescence colloïde de leur partie centrale; les ganglions axillaires étaient tuméfiés mais pas envahis.

Je vous présente également le moulage du thorax d'une jeune femme sur laquelle, le 11 janvier dernier, j'ai pratiqué l'amputation intrascapulo-thoracique pour un sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche et que mon collègue et ami M. Picqué avait

bien voulu confier à mes soins. Le début de la tumeur remontait à un peu plus de six mois, elle avait atteint le volume d'une tête d'adulte et elle déterminait des douleurs intolérables. La malade était arrivée à un état d'affaiblissement extrême et presque de cachexie. Le 11 janvier dernier je procédai à l'amputation totale du membre supérieur, de l'omoplate et de la clavicule correspondante avec l'aide de M. Picqué. L'opération se fit presque sans perte de sang; le drainage et les sutures furent enlevés le huitième jour; presque aussitôt l'opérée se leva. Les douleurs avaient disparu dès le jour de l'opération; au bout de dix ou douze jours, l'opérée avait repris ses forces, elle engraissait à vue d'œil et paraissait complètement guérie. La plaie opératoire était cicatrisée et les orifices des drains fermés quand elle quitta l'hôpital, dix-huit jours après l'opération, le 29 janvier.

Vers le 16 février, j'étais averti qu'elle était atteinte de pleurésie; et quand je demandai de ses nouvelles le 20, j'appris qu'elle venait de succomber. Il n'est pas douteux que cette complication à marche presque foudroyante n'ait été la conséquence d'un envahissement de la plèvre par la néoplasie maligne dont cette malade était atteinte.

Je vous présente ici la pièce résultant de cette opération; vous pouvez constater qu'il s'agit d'un sarcome développé dans le tissu osseux lui-même et ayant pris son origine à l'union de la diaphyse humérale et de la tête de cet os. Celle-ci n'est pas détruite, mais séparée de la diaphyse comme elle le serait par un décollement épiphysaire; la surface cartilagineuse de la tête humérale est intacte et elle est encore en rapport avec la surface de la cavité glénoïde qui est également saine.

L'observation complète de ces deux pièces va être incessamment publiée. Je ne veux insister pour le moment que sur la facilité d'exécution de l'amputation interscapulo-thoracique pratiquée pour les tumeurs même les plus volumineuses de l'extrémité supérieure de l'humérus, quand on la pratique par le procédé dont j'ai réglé le manuel opératoire et fixé tous les temps, et sur la simplicité de ses suites. Dans ces deux cas, la guérison complète de l'opération a été obtenue, sans le moindre temps d'arrêt, en une dizaine de jours.

J'insiste sur un point seulement du manuel opératoire : pour faciliter la dénudation et la ligature des vaisseaux sous-claviers (ou axillaires), il y a grand avantage non pas à réséquer la partie moyenne de la clavicule, comme j'en ai donné le précepte dans l'ouvrage que j'ai fait paraître en 1887 sur cette opération, mais, après avoir fait la section de cet os, d'en extirper complètement toute la partie interne, ce qui se fait avec la plus grande facilité

en dénudant rapidement avec la rugine toute l'extrémité interne de la clavicule jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire, et en désarticulant cette articulation par une simple torsion imprimée à l'os sur son axe longitudinal. En supprimant le relief que fait la section du bout sternal de la clavicule, soulevé par le cléidomastoïdien, on facilite considérablement la découverte et l'isolement de la veine sous-clavière, et on abrège d'une manière sensible la durée de l'opération.

Le reste de l'opération s'exécute de point en point en suivant les règles que M. Farabeuf et moi nous avons tracées. L'hémostase et le drainage méritent une attention toute particulière : c'est la nécessité de mettre des ligatures sur un très grand nombre de vaisseaux et la suture qui allongent une opération qui, sans ces temps, serait l'affaire de quelques minutes.

Rétraction cicatricielle du pouce guérie par une autoplastie.

M. Berger. — Le malade que je vous présente, à la suite d'une plaie profonde de la face palmaire de la main gauche avait vu se développer une cicatrice occupant les téguments et les parties profondes de la paume de la main au niveau du premier espace interosseux; cette cicatrice fixait le pouce et le métacarpien correspondant en les empêchant de s'écarter des autres doigts de manière à ne pas permettre un écartement supérieur à un angle de 25 degrés environ. L'écartement maximum qu'on pouvait obtenir est figuré sur le moulage qui a été fait de la main blessée et que je présente en même temps.

Après avoir excisé cette cicatrice et complètement libéré les adhérences qui rattachaient le premier métacarpien et le pouce au deuxième métacarpien et à l'index, en ménageant les muscles de l'éminence thénar, j'interposai entre les surfaces ainsi créées un lambeau emprunté à l'hypocondre opposé auquel je laissai la main fixée pendant dix-huit jours.

Après la section et l'adaptation du pédicule de ce lambeau, le résultat obtenu par l'opération s'est maintenu, et vous pouvez voir que le pouce a recouvré sa mobilité, son indépendance et peut s'écarter librement de l'index. Le lambeau est souple, mobile, et n'est nullement exubérant.

Je ne compte plus les applications heureuses que j'ai faites de la méthode italienne modifiée à la correction des déformations cicatricielles du membre supérieur. Le lambeau peut être

emprunté soit à la région pectorale ou abdominale, soit à la région dorsale.

Ces déformations cicatricielles du membre supérieur fournissent une des indications les plus faciles à remplir et les plus favorables de cette méthode autoplastique que depuis si longtemps je cherche à remettre en honneur.

Articulation sterno-claviculaire gauche à ressort.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter un soldat de vingt-trois ans, arthritique héréditaire qui, à la suite d'une urétrite contractée en novembre 1904, après sa quatrième crise rhumatismale, dut entrer à l'hôpital pour conjonctivite double et arthrite du genou droit. L'observation, recueillie par M. le médecin aide-major Dumoulin, relève : 1° en décembre une arthrite temporo-maxillaire droite; 2° en janvier une nouvelle poussée conjonctivale et une arthrite sterno-claviculaire gauche. En février, l'articulation malade est très distendue ; on y perçoit un souffle systolique et le pouls radial gauche est un peu plus faible que le droit ; les surfaces articulaires séparées par l'épanchement synovial paraissent distantes d'un demi-centimètre; les pulsations des gros vaisseaux transmises à ce liquide articulaire font penser à un anévrisme.

Actuellement le gonflement sterno-claviculaire gauche persiste, l'extrémité interne de la clavicule est subluxée en haut et en avant; la subluxation s'efface quand l'épaule est portée en arrière et s'accentue dans le mouvement inverse; le souffle systolique a disparu éloignant toute idée d'anévrisme.

Si l'on exagère la propulsion de l'épaule en avant et en haut et si l'on exerce à ce moment une pression sur la saillie interne de la clavicule, un mouvement de déclic se produit et la subluxation se réduit; ce phénomène était très accusé vers le 25 mars, le malade le produisait lui-même par un mouvement de circumduction du moignon de l'épaule et un claquement sec pouvait être entendu à distance à chaque déclanchement.

On a maintenant quelque peine à le reproduire et il est à prévoir qu'il disparaîtra spontanément.

Polype dermoïde du pharynx.

M. PIERRE SEBILEAU présente une jeune fille de vingt et un ans, atteinte d'une de ces curieuses productions dermoïdes qui rentrent dans le groupe un peu confus créé par Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom d'*épignathie*, dont Lannelongue et Ménard (1) ont résumé l'histoire en quelques pages sous l'appellation de *tumeurs dermoïdes simples* de la bouche et du pharynx et que Decloux (2) a très heureusement appelées les *polypes dermoïdes du pharynx.*

Il s'agit là d'une affection rare dont la science n'a encore enregistré qu'une quinzaine d'observations.

La malade devant être opérée tout prochainement, la tumeur sera présentée, après ablation, à la Société de chirurgie. L'observation sera publiée complètement avec l'examen histologique.

Gros angiome de la langue.

M. PIERRE SEBILEAU présente une jeune fille de vingt ans atteinte d'un gros angiome de la langue. La tumeur, qui était déjà assez grosse, lorsque l'enfant n'avait encore que trois ans, pour attirer l'attention des parents, ne détermine, malgré son volume actuel, aucun trouble; la déglutition, la respiration, la phonation n'en sont aucunement atteintes. Il n'y a nul phénomène douloureux.

L'angiome occupe la moitié gauche de l'organe, où il bombe en une forte tuméfaction dans la région qui s'étend du tiers moyen de l'organe à l'amygdale linguale. Aucun battement, aucune expansion, aucun frémissement.

La tumeur, sur la surface de laquelle se dessinent de nombreuses arborisations vasculaires et bombent quelques grosses varicosités bleuâtres, s'étend jusqu'au bord de la langue; elle la contourne même et se perd insensiblement sur le plancher de la bouche sous la muqueuse duquel on aperçoit quelques vaisseaux dilatés.

(1) Lannelongue et Ménard. *Affections congénitales*, t. I, p. 588, chez Asselin et Houzeau, Paris, 1891.

(2) Léon-Edouard Decloux. Etude sur les polypes dermoïdes du pharynx. *Th.*, Paris, 1900, n° 234.

Sur le côté correspondant de la région cervicale, au niveau de l'épanouissement inférieur de la carotide externe (thyroïdienne, linguale, faciale), les battements artériels sont beaucoup plus marqués que du côté opposé.

Il s'agit, en somme, ici, d'un volumineux angiome congénital de la langue que je présente moins pour l'intérêt particulier qui s'attache à lui que pour avoir l'avis de la Société de chirurgie sur les indications thérapeutiques.

Personnellement, je pense qu'étant donnés le volume de la tumeur et l'importance que prendrait l'extirpation totale, la ligature artérielle suivie de quelque méthode de douceur serait préférable.

M. Tuffier. — Si un angiome de la langue est petit et accessible, je crois qu'il faut l'enlever; s'il est volumineux ou difficile à aborder il vaut mieux faire d'abord la ligature du vaisseau, comme je vous l'ai dit, et attaquer en même temps la tumeur érectile par l'électrolyse ou les injections du liquide de Piazza.

M. Routier. — J'ai dans mon service une malade présentant un angiome analogue, mais plus petit, qui a été inutilement traité par l'électrolyse, les injections de liqueur de Piazza. Je me propose de faire une double ligature enserrant la tumeur, que je détruirai ensuite au thermo-cautère.

M. Michaux. — Je pense que dans les cas analogues il convient de recourir à l'électricité et aux ligatures des gros vaisseaux.

M. Tuffier. — Je crois que la tumeur est trop grosse pour être justiciable de la seule électricité.

M. Schwartz. — J'ai enlevé un angiome de la langue gros comme une noisette. Je suis d'avis d'essayer l'électrolyse et d'ajouter la ligature des deux linguales lorsque la tumeur est volumineuse et la muqueuse infiltrée à distance.

Sarcome récidivé de l'os malaire et de l'orbite traité par la radiothérapie.

M. Walther. — Je vous ai déjà présenté ce malade dans la séance du 2 novembre 1904. Un énorme sarcome récidivé après

deux opérations avait disparu sous l'influence du traitement radiothérapique fait par mon ami le Dr Béclère.

Mais M. Kirmisson fit très justement remarquer qu'il existait encore un noyau dur dans le fond de l'orbite, noyau que je pensais être cicatriciel.

M. Béclère a de nouveau fait des séances de radiothérapie et aujourd'hui vous pouvez voir que la saillie de ce noyau a complètement disparu. Partout on sent le rebord osseux réséqué très net, très libre, et au fond sur le plancher de l'orbite une surface résistante, plate, qui paraît être le vestige du noyau ancien.

M. Kirmisson se fait un devoir de constater que la petite tumeur du plancher de l'orbite a considérablement diminué.

Hémirésection du coude droit, pour ankylose ; rétablissement complet des mouvements de flexion et d'extension.

M. Kirmisson. — Messieurs, plusieurs fois déjà la question de l'hémirésection du coude est venue ici en discussion. Tandis qu'elle était rejetée par certains de nos collègues, je m'en suis toujours fait le défenseur. C'est un bon résultat de cette hémirésection que je désire vous soumettre aujourd'hui. Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, entrée dans mon service le 12 octobre dernier pour une ankylose du coude droit dans une position voisine de l'angle droit. L'intervention ne s'imposait pas; car, du fait de son attitude, le membre se prêtait suffisamment aux usages ordinaires de la vie. Mais cette jeune fille, étant musicienne, désirait beaucoup recouvrer les mouvements de son bras, pour jouer du violon et du piano.

Devant la volonté formelle exprimée par elle et par sa famille, je l'opérai le 25 octobre dernier. Je fis l'incision en baïonnette d'Ollier. Les muscles épicondyliens et épitrochléens étant détachés de leurs insertions, le mouvement de flexion de l'articulation fut forcé, de façon à détruire la soudure du cubitus à la trochlée. Il n'y avait pas soudure du côté du radius, ainsi que nous l'avait montré la conservation des mouvements de pronation. Il fut dès lors aisé de luxer à travers la plaie l'extrémité inférieure de l'humérus, qui fut dépouillée de son périoste, et réséquée immédiatement au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée.

Je dénudai de même l'olécrane, et détachai à la scie le crochet olécranien. Puis, pour établir entre l'extrémité supérieure de l'hu-

mérus et les os de l'avant-bras une interposition musculaire, je suturai par sept points au catgut les fibres musculaires du biceps à celles du droit antérieur. La peau fut réunie au crin de Florence après interposition d'un drain, qui fut supprimé au quatrième jour, les fils eux-mêmes furent enlevés le neuvième jour et la malade, guérie, quitta l'hôpital le 20 novembre. Depuis lors, elle a suivi régulièrement un traitement par le massage et l'électrisation. Le résultat définitif peut être considéré comme très satisfaisant, puisque avec une réelle solidité de l'articulation, la malade a recouvré la plénitude des mouvements de flexion et d'extension.

M. Nélaton demande à prendre la parole dans la première séance à propos de la présentation de M. Kirmisson.

Anévrisme fémoro-poplité. Extirpation. Guérison.

M. A. Guinard. — J'ai l'honneur de présenter un malade à qui j'ai enlevé un volumineux anévrisme de la fémorale dans le canal de Hunter. Voici la pièce séchée par les soins de mon excellent externe M. Gillot, qui a rédigé en partie l'observation suivante.

Observation. — Charles I..., voyageur de commerce, âgé de soixante ans, entre le 15 février 1905, dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, au n° 31 de ma salle des aseptiques. Son père est mort à soixante-cinq ans d'une « attaque avec paralysie de la langue ». Sa mère est morte à quarante ans avec des métrorragies. C'est un homme vigoureux, haut en couleur, très bien constitué, qui n'a jamais été malade (rougeole à l'âge de sept ans). Il ne présente aucun stigmate de syphilis; il faut dire pourtant qu'il a eu deux enfants très chétifs, dont l'un est mort peu après sa naissance, et dont l'autre est mort à dix-huit mois. Il entre à l'hôpital pour une tumeur qu'il porte à la face interne de l'extrémité inférieure de la cuisse droite.

Il y a cinq ans, il s'est aperçu étant assis sur un banc qu'un battement lui soulevait rhythmiquement la cuisse. Il n'y attacha pas autrement d'importance et continua ses occupations, qui consistaient à voyager dans toute l'Europe. Il pouvait marcher sans fatigue, mais il sentait en se couchant des battements anormaux en haut du creux poplité. En avril 1902, apparait à la face interne de la partie inférieure de la cuisse une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Il attribua cette tumeur, en l'absence de tout traumatisme, à « des crampes douloureuses qu'il avait depuis un mois plusieurs fois par nuit ». La tumeur n'a cessé d'augmenter de volume depuis cette époque. En octobre 1902, un médecin de Saint-Quentin ordonne de la compression avec une bande de crépon.

Malgré cela, la tumeur augmente encore sans jamais occasionner de douleurs. Enfin un chirurgien de Saint-Quentin m'adresse le malade le 15 février 1905.

La cuisse droite est dans toute sa moitié inférieure animée de battements violents. A l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, on voit au niveau du canal de Hunter une tumeur du volume du poing, animée de battements isochrones avec la systole cardiaque. Le sommet de cette tumeur est à 17 centimètres du condyle interne du fémur. L'expansion est manifeste et à l'auscultation on entend un fort souffle systolique au niveau de la tumeur et sur tout le trajet de la fémorale. En examinant le creux poplité, on voit que la tumeur pulsatile en occupe la partie supéro-interne et remonte à 15 centimètres du pli de flexion du genou.

Quand on comprime la fémorale dans l'aine, tout battement cesse dans la tumeur.

La pédieuse droite bat normalement et ses battements sont isochrones avec ceux de la pédieuse gauche. On ne trouve aucun trouble trophique de ce côté. Le membre est un peu hypertrophié : il a un centimètre de circonférence de plus que le gauche. Pas d'œdème, pas d'engourdissement, pas de fourmillements, pas de douleurs, pas de zones anesthésiées. A la partie moyenne de la jambe droite, et intéressant les faces antéro-externe et antéro-interne, on voit une vaste ecchymose jaunâtre ayant environ 10 centimètres de côté. D'autres taches plus petites se voient à côté de la tache principale. Ces ecchymoses datent de dix ans : au début c'étaient des taches rouges : peu à peu elles se sont étendues et ont changé de couleur.

Au point de vue de l'état général, on est surtout frappé par l'état du système cardio-vasculaire. Toutes les artères sont athéromateuses. Les temporales sont flexueuses et dures. Il y a un double souffle cardiaque très fort à la base, avec un pouls de Corrigan très net. Le pouls est régulier à 106 et le tracé sphygmographique est caractéristique.

Le malade est gros mangeur et gros buveur. Il boit un litre et demi de vin, plusieurs petits verres, et plusieurs apéritifs par jour.

Enfin on trouve des traces d'albumine dans l'urine.

Après avoir soumis le malade à un traitement préparatoire par le repos au lit, le régime lacté pur et l'iodure de potassium, je me décide à l'ablation de la tumeur, que je pratique le 27 février 1905.

Le chloroforme a été très bien supporté. Une longue incision (20 centimètres), du sommet du triangle de Scarpa au genou, met à nu la tumeur et le canal de Hunter. J'incise la paroi de ce canal et je découvre la poplitée au-dessous de la tumeur. Je place un catgut sur cette artère, et j'agis ensuite de même pour la fémorale au-dessus de la tumeur. La veine fémorale fait corps avec la paroi de l'anévrisme et je me décide à la réséquer sur toute son étendue entre les deux ligatures artérielles; il en est de même du nerf saphène. La dissection de la tumeur se fait ensuite assez laborieusement mais sans donner beaucoup de sang. Drain pendant quarante-huit heures. Gros enveloppement ouaté du membre. Immobilisation dans la gouttière de Bonnet.

Dès le lendemain, le pouls pédieux est perceptible. Les jours suivants, malgré toutes les précautions pour éviter les pressions localisées sur la jambe, on voit une escarre superficielle au talon et sur le mollet. Mais cela n'entrave en rien la guérison qui est parfaite. Ainsi qu'on peut le voir sur la pièce que je présente ici, il s'agit d'un anévrisme sacciforme : il contenait quelques caillots mous, friables, comme pulvérulents, de couleur chocolat en très petite quantité. Aucune branche collatérale ne prend naissance sur la poche anévrismale, ce qui explique comment l'hémorragie a été insignifiante pendant la dissection de la poche.

Dans la séance du 22 mars dernier, à propos d'une communication de M. Faure, dans laquelle l'extirpation d'un anévrisme poplité avait été suivie de la gangrène du membre, j'ai déjà parlé du malade que je vous présente. J'avais conseillé pour cette intervention : 1° de ne pas se servir de la bande d'Esmarch ; 2° de commencer l'opération par la ligature de l'artère *au-dessous du sac*, afin d'éviter des embolies possibles à la suite de la malaxation de l'anévrisme dans les manœuvres d'extirpation.

M. Poirier a pensé que ces embolies n'étaient guère admissibles « quand le bout supérieur a été lié » ; et il nous a cité une observation personnelle où le sphacèle du membre a nécessité l'amputation du membre après une extirpation d'anévrisme dans laquelle le bout inférieur de l'artère avait été lié tout d'abord. Dans la séance du 20 novembre 1895 (page 685), à la suite d'une communication de M. Heurtaux, M. Poirier avait déjà dit quelques mots de cette même observation, sans la donner dans tous ses détails. « Il s'agissait, dit-il, d'un gros anévrisme poplité. La dissection du sac fut on ne peut plus laborieuse et je dus placer *au moins soixante pinces* pour maîtriser l'hémorragie. »

Eh bien, je me demande en vérité si dans une opération aussi « laborieuse » il est impossible d'admettre que de petits caillots soient chassés dans les artères périphériques où ils nuisent plus ou moins au rétablissement de la circulation collatérale.

J'ajouterai donc, après avoir lu la discussion de 1895, qu'il serait bon non seulement de lier de prime abord l'artère au-dessous du sac, mais encore d'éviter le plus possible au cours de l'extirpation de malaxer la poche pour ne pas chasser mécaniquement par pression des caillots dans les collatérales partant du sac lui-même, comme on chasse un cylindre vermiculé de vaseline en comprimant le tube à parois molles qui la contient.

M. Tuffier nous a cité aussi un malade qui a très bien guéri à la suite de l'extirpation d'un anévrisme poplité. « Quand je le puis, dit-il (page 326, séance du 22 mars 1905), je fais toujours

la ligature du bout inférieur de l'artère d'abord. » J'ai lu avec grand intérêt les détails de son observation publiée en 1896 dans la *Gazette hebdomadaire* (p. 1097), et j'ai vu que l'artère avait d'abord été liée à 2 centimètres *au-dessus* du sac : puis, la tumeur ne battant plus, 4 grosses collatérales qui venaient se jeter dans le sac furent isolées et liées successivement. Ce n'est qu'après ces manœuvres que la ligature de l'artère fut faite en bas au niveau de l'anneau du soléaire.

La précaution que je préconise, n'est donc pas prise aussi communément que la discussion de notre séance du 22 mars pouvait le faire supposer.

Si j'insiste ainsi sur ce détail de technique opératoire, c'est qu'il me paraît nouveau et qu'il pourra peut-être permettre d'éviter une cause *possible* de gangrène du membre. Et en somme, en liant d'abord l'artère sous le sac, et en évitant autant que possible de malaxer ce dernier, on fera peut-être une manœuvre inutile, mais on ne compliquera en rien l'opération.

M. TUFFIER. — Je ne puis me rappeler si j'ai lié le bout inferieur de l'artère d'abord, dans le cas auquel M. Guinard fait allusion. Mais ce que je veux répéter, c'est que j'ai pratiqué cette ligature, et que je la considère comme excellente parce qu'elle fait saillir toutes les collatérales à la surface et autour de la poche tendue. Elle en facilite ainsi la recherche et l'hémostase et met à l'abri de toute hémorragie consécutive.

M. SOULIGOUX. — 1° *Tuberculose de la valvule iléo-cæcale avec invagination iléo-colique. Résection iléo-cæcale. Guérison.*

2° *Résection iléo-cæcale pour cancer de la valvule iléo-cæcale. Guérison.* — M. CHAPUT, rapporteur.

Présentations de pièces.

Tumeur du scrotum.

M. Lucien Picqué. — J'ai l'honneur de vous présenter une tumeur intéressante du scrotum que j'ai eu l'occasion d'enlever le 1er décembre 1904, dans mon service de Sainte-Anne.

Cette lésion présente ceci de particulier qu'elle affecte la forme de noyaux disséminés d'aspect blanchâtre et d'une consistance dure. J'ai cru devoir pratiquer une large résection du scrotum.

L'intérêt de la pièce réside surtout dans l'examen histologique qui a été pratiqué par le Dr Vian, chef de laboratoire à Sainte-Anne. Il s'agissait d'un épithélioma calcifié.

Voici la note qu'il m'a remise :

« Macroscopiquement, chaque petite tumeur est formée d'un noyau central, calcaire, de la grosseur d'un grain de plomb à celui d'un petit pois, recouvert par de la peau d'aspect normal.

« Microscopiquement, sur des coupes parallèles perpendiculaires à la surface de la peau, on constate une hypertrophie générale de tous ses éléments. L'hypertrophie porte en particulier sur la couche de Malpighi très augmentée de volume.

« En quelques places — rares il est vrai — il y a effraction de la membrane basale, et l'on retrouve dans le tissu conjonctif sous-jacent, et en particulier autour du noyau calcaire, des amas de cellules épithéliales pavimenteuses mais sans globe épidermique.

« Le tissu conjonctif est également hypertrophié et légèrement infiltré de cellules embryonnaires. »

Plaie perforante du ventricule droit du cœur, suturée.

M. Lejars. — Voici un cœur, sur lequel une plaie du ventricule droit a été suturée par mes internes, MM. Guénot et Desmarets; je rappelle que M. Guénot nous a présenté, l'année dernière, dans la séance du 21 mai, une première pièce de suture du cœur : il s'agissait d'une plaie du ventricule gauche. Cette fois, le coup de couteau avait porté à la partie toute supérieure du ventricule droit, et l'observation est trop intéressante pour que je ne la transcrive pas telle qu'elle m'a été remise par l'opérateur.

Le 22 mars, un peu avant minuit, entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Lejars, un nommé P... (Auguste), trente-deux ans; il a été frappé d'un coup de couteau dans la région précordiale, une demi-heure environ auparavant ; le blessé se refuse à donner aucun renseignement sur les conditions du traumatisme.

L'état du malade paraît extrêmement grave. Il se plaint de constriction, d'angoisse thoracique et dit qu'il va mourir. Les extrémités sont froides, la face est décolorée, il y a du ténesme rectal et des évacuations de matières fécales (avant et pendant l'opération); le pouls a complètement disparu aux radiales, aux fémorales, aux carotides mais, fait intéressant, les battements du cœur persistent, accélérés (140), vigoureusement frappés; le rythme a pris le caractère fœtal, on n'entend pas de bruits anormaux, il n'y a pas d'augmentation de la matité cardiaque.

La dyspnée est peu marquée; le blessé a gardé toute sa connaissance.

La plaie thoracique siège dans le 2e espace intercostal droit, à 2 centimètres du bord sternal, plaie linéaire, horizontale; elle saigne peu; il n'y a pas de traumatopnée. On reconnaît, à droite, un pneumothorax total, avec hémothorax abondant, la matité de l'épanchement remonte haut dans l'aisselle. Rien d'anormal à gauche.

Ces symptômes nous font faire le diagnostic de plaie du cœur ou d'un gros vaisseau du médiastin antérieur (probablement de la veine cave supérieure). Une intervention immédiate s'impose.

Le malade est endormi au chloroforme, par M. Maudrot ; l'anesthésie est obtenue rapidement ; la chloroformisation s'est faite régulièrement et a été bien supportée. Après un lavage soigné des mains et de la région, nous procédons à la taille d'un volet thoracique droit à charnière verticale, externe : l'incision suit le bord supérieur de la 2e côte, descend verticalement sur le bord droit du sternum en dedans de l'orifice de la plaie et finit horizontale, dans le 4e espace intercostal. La rétraction des parties molles montre que le trajet de la plaie est oblique en bas et en dedans et passe par le 3e espace intercostal, l'incision est prolongée en bas, le volet comprend les 3e, 4e, 5e et 6e côtes. Les cartilages sont sectionnés à 1 centimètre du bord droit du sternum ; après une tentative infructueuse de décollement de la plèvre sous le 6e cartilage, elle est ouverte largement ; le volet thoracique est soulevé, et rejeté en dehors après qu'on a fracturé sans difficulté les côtes à 7 centimètres environ du bord sternal, et pincé les vaisseaux qui saignent.

La plèvre est remplie de sang liquide en grande quantité, environ 1 litre et demi ; elle contient quelques caillots. Après détersion, le poumon apparaît rétracté sur son hile ; il n'est pas perforé. La moitié droite du diaphragme, après quelques secousses, s'immobilise, aplatie.

Le cœur bat tumultueusement dans son enveloppe péricardique, mollasse, peu distendue. Du sang noir s'échappe en bavant tout en haut du bord droit du péricarde par un orifice étroit, à la hauteur de la veine cave ; nous pensons à une plaie de ce vaisseau. Les lèvres de

l'orifice sont saisies avec deux pinces de Péan, sur lesquelles on pose, assez difficilement, une double ligature latérale.

L'hémorragie s'arrête. Par précaution nous pratiquons sur le péricarde une boutonnière exploratrice : il sort du sang en petite quantité. Le péricarde est alors largement ouvert sur son bord droit, jusqu'à la plaie qui vient d'être liée et qui n'est autre que le trajet de la plaie à travers le péricarde.

Le péricarde contient peu de sang; un caillot large et mince entoure complètement les ventricules : nous explorons le cœur, cette exploration est difficile. Le cœur est loin, derrière le sternum, très à gauche; il n'apparaît qu'au moment de l'expiration, par son bord droit. Cependant en introduisant la main entière sous le sternum on peut aller saisir le cœur à pleine main et ramener la pointe sous le bord droit du sternum. Nous apercevons alors nettement une plaie, transversale, longue d'environ un centimètre; elle siège sur la face antérieure du ventricule droit, au-dessous et à gauche de l'auricule droit, qu'on voit se gonfler à chaque systole de l'oreillette, et au niveau de l'origine de l'infundibulum pulmonaire (comme l'a montré l'autopsie). C'est une plaie perforante, elle saigne en jet pendant la systole; l'hémorragie s'arrête quand le cœur est attiré fortement à droite et tordu sur son pédicule.

Les restes des cartilages costaux sont sectionnés au ras du sternum, les vaisseaux mammaires liés. L'incision verticale du péricarde est agrandie par une deuxième incision transversale, sur la face antérieure de la séreuse. La plaie du cœur est fermée par trois points séparés, non perforants, au catgut n° 1. La pose des fils est difficile en raison des mouvements de translation du cœur, dus aux mouvements d'inspiration et d'expiration. Il faut saisir le cœur de la main gauche et l'attirer sous le bord droit du sternum, pendant que l'on place les points de catgut; mais dès que cette « luxation » du cœur dépasse quatre ou cinq secondes, des phénomènes d'asphyxie apparaissent, le blessé fait de violents mouvements inspiratoires. Il faut lâcher le cœur pour l'attirer à nouveau dans la plaie au bout de quelques secondes.

Les fils posés, l'hémorragie s'arrête. On s'assure par la vue pour la face antérieure des ventricules et l'oreillette droite, par le toucher pour l'oreillette gauche et toute la face postérieure du cœur, qu'il n'existe pas d'autre plaie. Le péricarde est asséché et suturé au catgut n° 0, sans drainage. La plèvre est à nouveau nettoyée, les vaisseaux pincés sont liés, le volet thoracique est rabattu, la troisième côte fixée au sternum par un fil de bronze; réunion du plan musculaire au catgut et de la peau au crin de Florence, sans drainage.

Le malade a bien supporté l'opération. Cependant à un moment où le péricarde a été ouvert, il y eut une alerte : le cœur cessait de battre, la dilatation des pupilles indiquait une mort imminente; quelques constrictions des ventricules saisis à pleine main provoquèrent le retour des mouvements du cœur.

Pendant l'opération, notre collègue Beaudoin injectait directement dans la saphène interne gauche cinq litres de sérum.

Malgré cette dose considérable la tension restait faible ; le pouls radial n'est devenu perceptible qu'après l'injection du troisième litre de sérum, au moment où nous pratiquions la suture du cœur.

Le malade est reporté dans son lit et reprend rapidement connaissance ; il s'agite, veut se lever ; il faut laisser un infirmier auprès de lui pour le maintenir.

Le matin à 9 heures, la température est de 36,8 le pouls bat à 110, régulier, un peu faible. Pas de dyspnée. Le blessé a repris entièrement connaissance. Nous le trouvons occupé à chercher dans le journal le récit de l'attentat dont il a été victime la veille.

Le soir l'état reste bon. Temp., 37°3 ; Pouls 115. Le malade a uriné 2 litres et demi d'urine claire, non albumineuse ; on note un peu de dyspnée ; on continue le sérum.

Dans la nuit la dyspnée augmente, le malade s'affaiblit rapidement et succombe vers 4 heures et demie, vingt-huit heures environ après l'opération.

L'autopsie a été faite à la Morgue le 26 mars par MM. Socquet et Balthazard ; nous devons à leur obligeance d'avoir pu y assister.

La suture du cœur a parfaitement tenu ; le péricarde ne renferme pas de sang. La plaie du cœur était bien perforante ; après ouverture du ventricule sur son bord droit, on voit nettement l'orifice profond de la plaie à l'origine de l'infundibulum pulmonaire ; à ce niveau il y a une section nette d'un pilier charnu ; il n'existe pas de caillot adhérent. Les fils de catgut n'ont pas perforé la paroi.

La plèvre droite est remplie d'air ; le poumon est rétracté. Il s'est fait dans la plèvre une hémorragie secondaire, de 700 grammes, probablement aux dépens d'un vaisseau de la paroi thoracique (bien qu'à la fin de l'intervention nous ayons lié tout ce qui saignait). Il n'est pas possible, par la dissection, de retrouver ce vaisseau.

A gauche, le poumon présente des lésions d'œdème, et quelques adhérences pleurales au sommet. Les autres organes sont sains.

Telle est cette observation, qui appartient tout entière à M. Guénot et fait honneur à son sang-froid et à son habileté. Depuis deux ans, c'est la quatrième plaie du cœur que mes internes suturent, d'urgence, dans mon service ; nous n'avons pas eu encore l'heureuse chance d'une guérison, mais je dois dire que dans tous les cas, la suture s'est montrée bien étanche et qu'elle a bien tenu. Ici les conditions opératoires étaient particulièrement difficiles, la plaie siégeant sur le ventricule droit, tout près de l'infundibulum pulmonaire, et se trouvant cachée derrière le sternum ; toutefois, en attirant le cœur sous le bord sternal droit, en le « luxant », en quelque sorte, sur son pédicule, M. Guénot a pu rendre la blessure accessible et en pratiquer la réunion, et ç'a été là un nouvel et topique exemple de la singulière tolérance du cœur, qui se prête, sans accident, à des manœuvres aussi étendues.

Luxation antérieure et ancienne du coude.

M. F. Legueu. — Je vous présente la radiographie d'une luxation antérieure du coude datant de huit mois, méconnue et non réduite, et pour laquelle j'ai été récemment appelé à faire la résection du coude.

Comme vous pouvez le voir. Il s'agit d'une *luxation antérieure* avec fracture de l'olécrane.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, et qui sur un champ de courses avait reçu sur la partie postérieure et supérieure de l'avant-bras droit un coup de tête de cheval. Le choc fut violent, la malade perdit connaissance, et, quand elle revint à elle, le membre droit était impotent et douloureux. La radiographie ne fut pas faite à ce moment, la lésion fut méconnue, et le coude immobilisé à angle obtus.

Il en résulta une ankylose à peu près complète et dans une situation telle que le membre ne pouvait servir presque à rien.

On sentait nettement la tête du radius en avant de l'humérus, et à la partie supérieure du cubitus on sentait nettement la déviation de la fracture.

Sur la radiographie, vous voyez que l'olécrane fracturé est resté en place ; le fragment cubital est déplacé en avant de l'humérus, la tête du radius a suivi et s'est placée également en avant de l'humérus.

Dans ces conditions, je pratiquai la résection ; je réséquai d'abord l'olécrane et la tête du radius, j'enlevai quatre bons centimètres sur la partie inférieure de l'humérus et suturai sans interposition musculaire.

L'opération date actuellement de quelques semaines, le résultat est très bon.

Adhérences anciennes de l'épiploon avec coudure du côlon ascendant. Poussée récente d'épiploïte.

M. Walther. — Je vous présente un épiploon que j'ai enlevé ce matin dans les conditions suivantes :

La malade, âgée de trente-deux ans, avait été opérée en 1898 à l'hôpital Cochin, par notre collègue Rieffel pour une rétro-flexion adhérente. Après libération des adhérences, l'utérus était si franchement revenu en position normale que M. Rieffel ne jugea pas

nécessaire de faire l'hystéropexie et se contenta de cette libération.

Depuis elle s'était toujours assez bien portée.

Au mois de janvier 1905 elle eut une crise d'appendicite, caractérisée par de la douleur, des vomissements, de la fièvre pendant quatre jours. Elle se remit, alla assez bien pendant deux mois, puis, le 26 mars, fut reprise de fièvre, de vomissements, de douleur généralisée à tout le ventre puis localisée à droite. Les accidents durèrent huit jours, et elle entra dans mon service le 5 avril.

Je constatai alors l'existence d'une appendicite et en même temps d'une annexite double ancienne, adhérente, peu volumineuse, peu sensible au toucher.

Dans la fosse iliaque droite, on sentait une résistance avec submatité s'étendant jusqu'à la cicatrice de laparotomie.

Cette résistance semblait bien être due à la présence d'une masse épiploïque adhérente au cæcum ou au côlon ascendant.

Ce matin j'ai fait la laparotomie médiane.

L'épiploon était un peu adhérent à l'ancienne cicatrice médiane. Après avoir libéré ces fines adhérences, je trouvai une masse épiploïque rouge, très vascularisée, adhérente au côlon ascendant sur toute sa hauteur. Il résultait de ces adhérences non seulement une exagération de l'angle colique droit, mais une plicature de la partie moyenne du côlon ascendant qui formait une véritable bouche à convexité externe solidement maintenue par l'épiploon rétracté.

Je réséquai tout l'épiplon au ras du côlon après ligature par pédicules isolés.

Toute la moitié droite du côlon était rouge, très vascularisée, offrant tous les signes d'une inflammation récente ; par places, on voyait des plaques d'un rouge vif, d'aspect granité. La moitié gauche du côlon était souple et d'aspect normal.

L'appendice, sous-colique, n'était pas vascularisé, pas rouge. Vous pouvez voir qu'à la coupe il présente d'anciennes lésions d'appendicite chronique, sclérose de l'extrémité terminale, avec folliculite très accentuée à la partie moyenne.

Je fis l'ablation des annexes droites très altérées, et je me contentai de ponctionner au thermo-cautère l'ovaire gauche.

Les annexes et l'utérus étaient très adhérents et je fis l'hystéropexie après libération des adhérences.

Il semble bien que dans ce cas, la dernière crise aiguë doive être rapportée bien plus à l'épiploïte dont nous trouvons les traces récentes qu'à une poussée d'appendicite.

M. Guinard. — J'interprète le fait de M. Walther d'une tout autre façon. Je pense qu'il s'agissait là d'une poussée d'appendicite avec épiploïte secondaire. En pareil cas, je n'enlève jamais l'épiploon et les malades ne souffrent plus pourvu que l'appendice soit bien extirpé en totalité.

M. Walther. — Je ne crois pas, comme vient de le dire mon ami Guinard, que la dernière crise aiguë soit due à l'appendicite. L'appendice, je l'ai dit, ne présentait aucune rougeur, aucune vascularisation anormale; le cæcum non plus.

Au contraire, nous trouvons un épiploon rouge, vascularisé, épais, dur, avec des plaques d'épiploïte récente, et je crois que nous devons attribuer à cet état de l'épiploon les phénomènes aigus observés.

Sans doute c'est l'appendice qui est le point de départ de l'épiploïte. C'est l'appendicite qui a provoqué l'épiploïte, puis les adhérences au côlon, la coudure de l'intestin, mais je ne parle ici que des derniers accidents aigus récents, et il me semble que je n'en trouve pas l'explication dans l'état de l'appendice tandis que l'épiploïte les justifie complètement.

Mon ami Guinard dit qu'il n'a jamais vu l'épiploon provoquer d'accidents lorsqu'on a enlevé l'appendice. C'est précisément parce que j'ai observé de ces cas, que je vous ai déjà rapportés, que je ne puis partager son opinion.

M. Tuffier. — Si j'ai bien compris ce que M. Walther vient de nous dire, il attribue à une inflammation épiploïque tous les accidents qu'il vient de nous signaler; or, nous connaissons tous ces accidents, douleurs paroxystiques, troubles de la digestion, coudures intestinales avec phénomènes d'obstruction légère, et empâtement intermittent de la région; tout cela est parfaitement catalogué et nous l'attribuons à des adhérences intestinales.

Je ne vois donc pas pourquoi nous modifierions la nosologie. Nous savons tous également que l'épiploon est l'agent de ces adhérences, et les faits élémentaires de physiologie pathologique apprennent qu'une de ses propriétés principales consiste précisément dans la facilité avec laquelle il vient limiter et séquestrer les affections intestinales. Je ne puis donc pas souscrire à l'existence d'une épiploïte comme entité morbide indépendante susceptible de jouer le premier rôle dans la pathologie abdominale.

M. Walther. — Mon ami M. Tuffier me dit que ce sont les adhérences et non l'épiploïte qui provoquent les accidents; que

c'est la coudure de l'intestin, que ce sont les troubles qui en résultent qu'il faut incriminer.

Je crois que nous sommes absolument d'accord sur l'importance de ces coudures de l'intestin, de ces rétractions de l'épiploon.

Les épiploïtes chroniques peuvent succéder à l'appendicite, elles peuvent succéder à la colite chronique et se manifestent toujours par ces troubles mécaniques de coudure exagérée des angles coliques.

Je vous ai cité autrefois deux cas dans lesquels la grande courbure de l'estomac était maintenue contre le cæcum par la rétraction de l'épiploon.

Mais ces adhérences, ces rétractions sont le résultat de l'épiploïte chronique, que celle-ci ait été chronique d'emblée ou qu'elle ait succédé à de l'épiploïte aiguë ou subaiguë.

L'épiploon que je vous présente offre des lésions anciennes d'épiploïte chronique avec adhérences et les lésions récentes d'une poussée d'épiploïte subaiguë.

C'est là ce qui m'a semblé intéressant et c'est pourquoi je vous ai apporté cette pièce.

M. Tuffier. — Je crois que nous allons pouvoir nous entendre M. Walter et moi, car il substitue au terme d'épiploïte celui d'adhérence.

Ce sont, je le répète, les troubles de la circulation intestinale ou la rétraction exercée par ces adhérences quel qu'en soit le siège qui provoquent les accidents en question. L'épiploïte n'est que l'intermédiaire entre l'infection intestinale primitive et les coudures secondaires.

Elections.

Au cours de la séance, la Société de chirurgie vote sur la demande d'honorariat de M. PEYROT.

Cette demande est adoptée par 27 voix, sur 29 votants.

La Société procède ensuite à l'élection d'un membre titulaire.

M. VILLEMIN est élu par 25 voix, sur 31 votants.

M. CHEVALIER obtient 5 voix, et M. MAUCLAIRE 1.

La Société de chirurgie décide qu'elle ne se réunira ni le mercredi saint 19 avril, ni le mercredi 26 avril de la semaine de Pâques.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 3 mai 1905.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 3 MAI 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un travail du Dr José Arce, intitulé : *Tratamiento de los quistes hidatidicos uniloculares del hidago.* Buenos-Ayres, 1904.

A propos de la correspondance.

M. Faure dépose une observation de M. le Dr Godineau, intitulée : *Corps étrangers de l'estomac. Guérison.*

Ce travail est envoyé à une Commission dont M. Faure est nommé rapporteur.

M. Hartmann dépose sur le bureau de la Société, au nom de M. Luys, un livre intitulé : *Endoscopie de l'urètre et de la vessie.*

M. le Président prie M. Hartmann de transmettre à M. Luys les remerciements de la Société.

Communications.

Quelques cas intéressants de rupture du rein,

par M. CHAPUT.

J'ai observé plusieurs cas de rupture du rein s'écartant tous par quelques points des données classiques ; cela me justifiera d'attirer votre attention sur une affection parfaitement connue depuis longtemps déjà.

Mon premier malade, âgé de quarante et un ans, avait présenté tous les symptômes d'une rupture du rein à la suite d'une chute d'un lieu élevé : Tuméfaction et ecchymose lombaires, hématurie persistante, fièvre. Je l'opérai au septième jour à cause de ses douleurs, de la fièvre et de la tuméfaction.

Je trouvai un énorme fragment du rein gauche mesurant 6 à 8 centimètres de hauteur et rien d'autre; une hémorragie abondante m'obligea à tamponner la plaie et à interrompre l'opération; je crus d'abord avoir enlevé la plus grande partie du rein, mais je constatai bientôt que le fragment enlevé ne portait que quelques calices et à partir de ce moment le malade rendit une grande quantité d'urine par sa plaie lombaire. Cinq jours après, j'allai enlever le reste du rein. Ce fragment était encore plus considérable que le premier, il mesurait 10 à 12 centimètres de longueur (avec deux gros infarctus), si bien que les deux fragments représentaient un rein de plus de 20 centimètres.

On retiendra donc pour l'avenir que le rein rompu et enflammé présente une hypertrophie considérable et qu'il ne faut pas croire avoir enlevé tout le rein quand on a trouvé un fragment de 8 à 10 centimètres. Nous trouverons plus loin un autre exemple d'hypertrophie du rein rompu.

Le second malade était un jeune homme de dix-sept ans qui s'était violemment heurté la région lombaire contre une barre de fer; trois jours après la douleur augmentait, et il entrait ensuite à Tenon avec de la diarrhée, une fièvre intense, des urines abondantes contenant beaucoup de pus, un état général très grave et un rein droit très volumineux.

Je diagnostiquai une pyonéphrose et j'opérai le 19 octobre 1899; je trouvai un rein énorme mesurant 20 centimètres de longueur, mou et violacé, présentant sur sa face antérieure une déchirure horizontale étendue à toute la largeur de cette face, mesurant 2 centimètres de profondeur siégeant à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen et n'atteignant pas le bassinet.

Je fis la néphrotomie large, je suturai la déchirure de la face antérieure et l'incision de néphrotomie en ménageant le passage d'un

drain plongeant dans le bassinet. Le malade saigna abondamment par l'incision de la néphrotomie pendant trois semaines, au point de rendre la néphrectomie imminente; puis l'hémorragie s'arrêta. Le malade guérit parfaitement, il a été revu plusieurs mois après.

Cette déchirure de la face antérieure du rein à la suite d'un choc sur la région lombaire est très curieuse; je ne puis l'expliquer que par une flexion du rein en arrière ayant fait éclater sa face antérieure.

Le volume considérable du rein est aussi à retenir. La congestion explique sa vascularisation et celle-ci permet de comprendre comment la néphrotomie a été aussi sanglante et suivie d'hémorragies aussi prolongées. Ces hémorragies nous montrent qu'il est préférable de pratiquer la néphrotomie avec des instruments mousses plutôt qu'au bistouri.

Avant de rapporter une troisième observation, je vous rappellerai un fait que je vous ai communiqué en 1889, dans lequel un jeune homme avait reçu un coup de pied de cheval dans la région de la fosse iliaque. Au bout de quelques jours, une énorme tuméfaction était apparue dans cette région; j'avais incisé et trouvé le cæcum très distendu par un épanchement d'urine qui s'y était introduit par une rupture de sa paroi postérieure; derrière le cæcum existait un épanchement urinaire produit par une rupture de l'uretère.

Ma troisième observation est très intéressante par les analogies qu'elle a présentées avec l'observation de 1889.

Il s'agissait d'une femme de trente-huit ans qui s'était heurté le flanc droit contre l'angle d'une table; il en résulta une douleur vive, des vomissements, une constipation opiniâtre et l'apparition d'une tuméfaction de la fosse iliaque et du flanc droits. Je pensai à une rupture de l'uretère et je l'opérai le 14 octobre 1902.

Je tombai sur une grosse masse recouverte par l'épiploon, et d'où une ponction évacua un litre d'urine. Je décollai le péritoine de la fosse iliaque et évacuai un foyer rétro-cæcal contenant de l'urine et du pus.

Le cæcum étant très volumineux, je l'incisai dans la crainte qu'il ne présentât une déchirure de sa paroi postérieure. Effectivement, il contenait plusieurs centaines de grammes d'urine et sa muqueuse, œdématisée, décollée, paraissait en voie de mortification.

Je ne constatai pas de perforation en arrière et je suturai la plaie cæcale qui se réunit parfaitement.

Les jours suivants la fièvre continua intense et je me mis en devoir d'enlever le rein.

L'incision lombaire me montra la loge rénale vide; je trouvai plus bas un rein énorme, hydronéphrotique, suppuré, très abaissé, et mesurant 15 centimètres de long; les calices et le bassinet étaient énormes; ce dernier présentait une large déchirure sur la paroi antérieure. Sous

la capsule propre existait une poche séro-purulente mesurant 5 à 6 centimètres de diamètre.

Cette observation est superposable à celle de la rupture de l'uretère, au point de vue des symptômes du moins : tuméfaction iliaque, épanchement urineux rétro-cæcal, distension du cæcum perforé par l'urine, tout est identique jusqu'ici ; mais dans cette dernière observation, il ne s'agit pas de rupture de l'uretère mais de rupture d'un rein hydronéphrotique abaissé.

Signalons encore cette poche siégeant sous la capsule du rein, lésion rare quoique déjà notée par d'autres observateurs.

En résumé, ces observations sont toutes très intéressantes à des titres divers : la première par l'hypertrophie considérable du rein qui a conduit à laisser en place une grande partie du rein brisé ; la seconde est remarquable en raison du mécanisme spécial de la rupture incomplète et par les symptômes anormaux de pyélo-néphrite aiguë ; la troisième observation relative à la rupture d'une hydronéphrose d'un rein abaissé est intéressante en raison de l'analogie des symptômes observés dans ce cas et dans les ruptures de l'uretère.

Observation 1. — *Rupture traumatique du rein en deux gros fragments, enlevés en deux séances. Guérison.*

Homme de quarante et un ans, charpentier.

Le 4 *décembre* 1899 à 4 heures après-midi, il a fait une *chute du sixième étage* au cinquième, puis a rebondi jusqu'au troisième, où il a été arrêté par un tas de madriers ; dans ces deux chutes, la région lombaire gauche a porté. Il perd connaissance puis revient à lui.

La première miction a lieu le 5 décembre à midi ; l'urine était très noire avec des *caillots* et très abondante. (1 litre).

Le 6 *décembre à l'entrée* le malade souffre violemment du côté gauche. On trouve une *ecchymose* de la région lombaire de la largeur de la paume ; à ce niveau la région est mate.

La palpation est très douloureuse. Les *11e et 12e côtes sont fracturées* (crépitation, mobilité). La palpation bimanuelle permet de constater une tuméfaction importante de la région lombaire. L'urine est jaune foncé, elle ne contient pas de sang, en apparence, du moins.

La *température est normale*, le pouls est à 104. On applique un bandage de diachylon qui soulage la douleur. Les jours suivants, l'urine contient peu de sang.

Le 11 *décembre* les urines sont très rouges et très mélangées de sang. L'ecchymose s'est étendue à la région iliaque et à la face antérieure de la cuisse. La température oscille entre 37°5 et 38 degrés, pouls, 96.

Le 14 *décembre* 1899. Les mictions sanglantes ayant continué en même temps que la douleur augmentait et ainsi que la tuméfaction

et la fièvre, l'état général commençant à s'altérer, l'opération est décidée.

Opération. Incision lombaire verticale qui me conduit sur le rein et sur un gros foyer de caillots; l'extrémité supérieure du rein n'est pas sentie, elle semble donc avoir été écrasée, en bouillie.

Pincement du pédicule rénal, section, ablation du rein. Ligature du pédicule. Tamponnement de la plaie. Le rein enlevé mesure 6 à 8 centimètres de hauteur, sa partie supérieure taillée en biseau est très ecchymosée et infiltrée de sang. A la coupe le tissu est de même très infiltré de sang. Le bassinet ne se trouve pas sur la pièce, il existe quelques calices à la région inférieure du rein. Les jours suivants il se fait un écoulement urineux très abondant avec douleur et fièvre persistante.

Le 19 *décembre* anesthésie à l'éther. L'exploration de la plaie nous mène sur un gros fragment de rein très volumineux, que j'enlève après ligature du pédicule.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un énorme fragment du rein mesurant 10 à 12 centimètres de hauteur dont l'extrémité inférieure est taillée en biseau aux dépens de la face postérieure.

Le tissu du rein est très congestionné; on trouve deux gros infarctus blanchâtres à la surface du rein, l'un conique, large de 2 centimètres à sa base, l'autre large de 4 centimètres, plat et peu épais.

L'intérêt principal de cette observation réside dans l'erreur d'avoir cru que tout le rein était représenté par un fragment très volumineux, il est vrai.

Le fragment restant mesurait 12 centimètres, ce qui donne comme longueur totale de l'organe 20 centimètres. Cette augmentation de volume est assez fréquente après les ruptures du rein, je l'ai observée dans l'observation suivante.

Observation 2. — *Rupture partielle de la face antérieure du rein. Symptômes de pyélite néphrotomie. — Drainage. — Guérison.*

Jeune homme de dix-sept ans entre à l'hôpital le 17 octobre 1899. Quinze jours avant, il s'est cogné fortement la région lombaire contre une barre de fer. Trois jours après, douleur lombaire violente augmentant progressivement. Il entre à l'hôpital en médecine avec de la diarrhée et une température de 39°6, 40 degrés.

A l'entrée en chirurgie on constate une fièvre intense, 39°6, pouls à 80. Diarrhée continue, miction pénible. Douleur lombaire très vive nécessitant le décubitus dorsal avec flexion des cuisses. Urines abondantes et contenant une grande quantité de pus; pas d'hématurie.

Facies grippé, langue rôtie. Le rein droit est volumineux et douloureux, le rein gauche est douloureux aussi à la pression.

Opération le 19 *octobre* 1899. — Anesthésie générale, incision lombaire droite. Le rein droit est énorme, il mesure 20 centimètres de longueur, mou, très violacé; il est amené dans la plaie. Je constate sur sa face antérieure une rupture horizontale occupant toute la longueur du rein,

mesurant environ 2 centimètres de profondeur et siégeant à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'organe.

Je comprime temporairement le pédicule vasculaire du rein avec des pinces à mors caoutchoutés; j'incise alors largement le rein sur son bord convexe jusqu'au bassinet. Le parenchyme du rein est très congestionné, violacé, blanchâtre, très friable; le bassinet est très enflammé.

Je place un drain dans le bassinet, je suture la déchirure antérieure du rein et l'incision de la néphrotomie, en ménageant le passage du drain.

En supprimant la pince du pédicule, on constate une hémorragie considérable par l'incision du bord convexe. Compression manuelle, puis tamponnement de la région rénale avec une mèche dermatolée.

Suture partielle de la plaie lombaire. Le jour même et les jours suivants, pendant trois semaines, le malade saigna abondamment par la plaie lombaire; il reçut quotidiennement 500 grammes de sérum à la cuisse. J'étais sur le point de pratiquer la néphrectomie quand l'hémorragie s'arrêta spontanément.

Le malade guérit parfaitement, je le revis quatre mois après en très bon état.

Observation 3. — *Rupture traumatique d'une hydronéphrose. Néphrectomie. Guérison.*

Femme de trente-huit ans entrée à Broussais le 12 octobre 1902.

Pas d'enfants, pas d'antécédents génitaux.

Depuis deux ans elle a eu, à plusieurs reprises, des poussées douloureuses dans le flanc droit avec troubles digestifs, nausées et vomissements.

Le 5 *octobre* elle se heurta violemment le flanc droit contre l'angle d'une table. Elle ressentit une violente douleur, puis vomit (bile) pendant vingt-quatre heures; son ventre se tuméfia à droite, presque immédiatement. Elle s'alita, puis se purgea plusieurs fois pour remédier à une constipation opiniâtre.

A l'entrée, il existe une tuméfaction marquée dans le flanc et la fosse iliaque droite, dépassant la ligne médiane de un doigt vers la gauche, et séparée en haut du foie, d'ailleurs remonté, par une zone sonore.

Toute cette région est dure et tendue, rien de spécial au toucher vaginal.

Pas de fièvre. Pouls à 100.

Je porte le diagnostic d'hémorragie traumatique de la fosse iliaque ou peut-être de rupture de l'uretère.

Le 14 *octobre* 1902, anesthésie locale à la cocaïne.

Incision verticale sur le bord externe du muscle droit.

Le péritoine pariétal adhère aux intestins.

Je tombe sur une masse énorme recouverte par l'épiploon et probablement par le cæcum.

Une ponction ramène un litre d'urine mélangé de sang et très trouble.

Je diagnostique rupture de l'uretère. Je donne du chloroforme à la malade et je fais un décollement sous-péritonéal en partant de la lèvre externe de la plaie; j'arrive au foyer qui contient de l'urine et 100 gr. de pus environ. Comme il persiste en avant une grosse tuméfaction, craignant une déchirure de la paroi postérieure du cæcum comme dans un fait antérieur observé par moi, j'incise le cæcum qui contient plusieurs centaines de grammes d'urine. La muqueuse est œdématiée, décollée de la musculeuse, elle paraît en voie de mortification. La perforation du cæcum n'est pas aperçue.

Suture du cæcum. Drainage de la plaie.

Les jours suivants la malade présente une fièvre intense 38°,5 39 degrés avec douleurs.

Le 21 octobre 1902, incision lombaire oblique en avant. La loge rénale est vide, plus bas, je trouve un rein énorme hydronéphrotique suppuré avec abcès multiples soit en avant soit en arrière de lui, siégeant dans la région du flanc et de la fosse iliaque.

Ablation du rein. Drainage.

Pièce. Le rein mesure 15 centimètres de long. Le bassinet et les calices sont énormes. La poche est largement rompue en avant. Sous la capsule propre du rein existe une poche séro-purulente mesurant 5 à 6 centimètres de diamètre.

La malade se remit péniblement, elle eut pendant plusieurs semaines des accidents fébriles dus à l'insuffisance du drainage. Elle présenta de l'arthrite suppurée du pied gauche qui fut incisée. Elle guérit complètement et sortit en bon état en mars 1903.

Pathogénie et traitement du delirium tremens.

par M. LUCIEN PICQUÉ.

Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion de vous entretenir du délire consécutif aux opérations. Je viens aujourd'hui vous parler de celui qui survient à la suite des traumatismes et je l'appellerai post-traumatique par opposition au délire post-opératoire.

La nature de ce délire a exercé depuis le commencement du siècle dernier la sagacité des observateurs. Les classiques actuels lui consacrent un chapitre. Ricard dans le Traité Le Dentu et Delbet sous la dénomination de délire traumatique. Le professeur Reclus dans le Traité de Duplay et Reclus sous celle de délire nerveux que lui avait jadis donné Dupuytren. Je ne veux certes pas reprendre devant vous les controverses qui se sont produites au milieu du siècle dernier sur la question d'identité de ce délire avec le délire alcoolique. Qu'il me soit toutefois permis d'exprimer la pensée que les auteurs ont peut-être eu tort de vouloir le ramener

à une seule et même forme. Je crois, pour ma part, que ce délire n'est pas unique. Le délire alcoolique y tiens certes une place importante, mais il existe d'autres variétés dont la plupart relèvent de la psychiatrie. Mon but aujourd'hui est d'étudier devant vous, le delirium tremens qui, dans l'esprit du plus grand nombre, est synonyme de délire alcoolique.

Le professeur Verneuil s'en était tout spécialement occupé ; chacun de vous a conservé dans le souvenir ses importants travaux ainsi que les retentissantes discussions qu'il souleva sur cette question à l'Académie de médecine au moment de nos désastres. A cette époque déjà éloignée de la nôtre, ou l'antisepsie, à peine née, n'avait pu encore réaliser les progrès de l'heure actuelle, on recherchait en dehors de l'infection les influences d'ordre divers qui pouvaient expliquer les complications si fréquentes et si graves des plaies. Verneuil étudiait entre autres l'action des agents toxiques et en particulier de l'alcool sur leur évolution ; il rattachait à l'alcoolisme les délires que l'on observait à la suite des grands traumatismes. Les progrès de la chirurgie, ont permis depuis lors de donner aux complications des plaies leur véritable signification et de celles-ci les chirurgiens actuels n'ont plus conservé que le souvenir qui leur a été transmis par les maîtres de l'époque. Mais si sous ce rapport la doctrine de l'éminent chirurgien s'est trouvée modifiée, il n'en est pas de même de sa conception du delirium tremens. Celle-ci est encore acceptée de nos jours par beaucoup de médecins et de chirurgiens, et je n'en veux pour preuve que la présence dans mon service de Sainte-Anne de nombreux malades qui y sont envoyés de nos hôpitaux parisiens avec le diagnostic de delirium tremens. Certes, l'administration en est peut-être un peu responsable en ne nous donnant pas les moyens d'isoler nos délirants. Mais beaucoup les envoient avec la pensée que leur rôle est terminé et que ces malades délirant par le fait de l'intoxication alcoolique doivent être soumis à une thérapeutique spéciale, dans des établissements spéciaux. C'est d'ailleurs l'affluence de ces malades à Sainte-Anne qui m'a permis depuis plusieurs années d'étudier ce délire dont la fréquence est aujourd'hui beaucoup moindre pour des raisons que j'expliquerai plus loin et que je n'observe plus dans mon service de Bichat, comme tous mes collègues, qu'à intervalles très éloignés.

Or, donc le delirium tremens est-il toujours d'origine alcoolique comme le proclamait Verneuil et à ce titre mérite-t-il encore une place à part dans le cadre nosologique.

C'est ce point que je voudrais discuter devant vous en m'appuyant sur les faits de ma pratique.

Certes s'il ne s'agissait que d'une simple question de doctrine, je me serais abstenu de prendre la parole, estimant qu'il est préférable, en notre temps de rénovation incessante, de rester attaché à des questions d'ordre exclusivement pratique.

Mais j'espère vous démontrer justement au cours de cet exposé que cette question est digne de retenir votre attention, parce qu'elle comporte à mon avis une importance de premier ordre au point de vue thérapeutique.

Vous voudrez bien m'excuser par avance de toucher à l'œuvre du chirurgien éminent que fut Verneuil. Je le ferai d'ailleurs avec la respectueuse déférence que nous devons tous a la mémoire du savant qui a occupé une place si élevée dans la science et dans notre Société et qui sut se faire aimer même de ceux qui n'eurent pas l'honneur d'appartenir à son École.

Si l'on se reporte à ses travaux et à la thèse de son élève Péronne, on voit que sa doctrine en ce qui concerne le delirium tremens est la suivante : l'alcoolisme chronique crée une prédisposition spéciale au délire; celui-ci est l'accident léger le plus ordinaire de l'alcoolisme chronique : c'est la note que l'organisme malade rend le plus volontiers lorsqu'une affection chirurgicale vient l'ébranler.

Verneuil avait en outre remarqué que le délire alcoolique se montrait de préférence dans les fractures avec plaie : il en avait conclu que la résorption des produits septiques au niveau de la plaie constituait une cause occasionnelle nécessaire ; aussi affirma-t-il à l'Académie que le délire chez les alcooliques est de nature infectieuse et qu'il traduit une altération profonde du sang. Cette affirmation que j'ai tenu à citer devant vous, prouve combien cet éminent chirurgien en rapprochant l'infection du délire avait touché de près la vérité; mais il ne put arriver toutefois à la dégager tout entière, puisqu'il fait dire à son élève Péronne que l'infection ne donne jamais le délire chez l'homme non alcoolique. N'est-ce pas affirmer que le rôle de l'alcool est prépondérant dans le délire et celui de l'infection, secondaire, et n'est-ce pas aboutir à un aveu d'impuissance thérapeutique? Mon but en prenant la parole devant vous est de démontrer comment les données de la psychiatrie appliquées à la chirurgie ont pu m'amener à renverser les termes de la proposition de Verneuil, à donner à l'infection le rôle prépondérant qu'il donnait à l'alcool et à aboutir par cela même à d'utiles conclusions thérapeutiques. Il est incontestable que l'alcoolisme chronique crée une prédisposition au délire en dehors de toute infection exogène du sang et l'on voit fréquemment les alcooliques délirer après de simples traumatismes sans plaie. Ces jours-ci, j'ai eu l'occasion d'observer à Bichat un cas de

délire alcoolique, chez une femme atteinte de fracture du péroné sans plaie et que j'avais adressée à notre collègue Ballet qui a, vous le savez, un service de délirants aigus à l'Hôtel-Dieu ; mais ce délire ordinairement fugace avait complètement disparu pendant le temps nécessaire aux longues formalités du transfert et je n'ai pu profiter dans ce cas de la grande expérience de notre collègue. Il serait intéressant de savoir dans quelles limites s'exerce cette prédisposition des alcooliques au délire; mais pour arriver à cette notion, il faudrait être définitivement fixé sur la pathogénie de ce délire dans les traumatismes sans plaie, et ce serait empiéter sur le terrain de la psychiatrie que d'en aborder l'étude et sortir du cadre que je me suis tracé. Ce que l'on peut toutefois affirmer, c'est que tous les alcooliques ne délirent pas. Mais d'autre part, de ce qu'un alcoolique peut délirer, en suit-il fatalement qu'il n'a plus désormais qu'une façon de délirer et que les délires que l'on observe chez lui soient tous de nature alcoolique? C'est la conclusion cependant à laquelle était arrivée Verneuil et c'est celle qui semble encore admise de nos jours. Or, l'aptitude de l'alcoolique à délirer ne suffit pas selon moi pour affirmer que tout délire a chez lui une origine alcoolique; l'alcoolique peut conserver une aptitude à d'autres délires.

Pour faciliter cette démonstration à mon avis capitale, et que je veux faire d'ailleurs aussi brève que possible, je n'envisagerai le delirium tremens que dans les cas où il accompagne les traumatismes des membres avec plaie.

Conformément à ce que je vous ai laissé pressentir plus haut, je veux vous démontrer que l'infection constitue l'origine unique de ce délire et que ce dernier peut aussi bien se produire chez les abstinents que chez les alcooliques, et je tiens à répéter aussi que cette conception n'est pas purement théorique et qu'elle nous conduira à cette conclusion que le délire ainsi envisagé doit guérir par les ressources de la chirurgie, et qu'en conséquence les malades qui en sont atteints doivent rester à l'hôpital et ne pas être envoyés dans des services spéciaux.

Le premier cas qui m'avait frappé est déjà bien ancien et date de l'époque où je remplaçais provisoirement mon collègue Routier comme chef de clinique chez le professeur Lefort. Un homme est amené dans les salles à la suite d'un traumatisme cranien en apparence léger. Il présente les signes classiques du delirium tremens. La température atteint 40 degrés; il ne tarde pas à succomber.

Je pratiquai moi-même l'autopsie et reconnus l'existence d'une méningo-encéphalite suppurée due à une fracture méconnue de la base. On sait combien la mort était fréquente dans ces fractures

de la base à l'époque où l'on ne pratiquait pas la désinfection méthodique des cavités naturelles voisines (oreille et fosses nasales). Ce cas me paraissait alors difficile à interpréter.

La clinique nous avait conduit à admettre le delirium tremens parce que le délire présentait les caractères attribués par les auteurs à l'alcoolisme, mais l'autopsie nous mettait en face d'un délire lié à une infection.

Je ne pouvais, dans mon esprit, séparer ce délire de l'infection concomitante mais je ne pouvais comprendre encore comment le délire d'infection avait pu revêtir le caractère d'un délire alcoolique.

Quelques auteurs avaient bien écrit que le delirium tremens pouvait entraîner une méningite mortelle, mais dans mon cas j'avais pu découvrir la cause réelle de cette méningite.

Depuis cette époque, mes études se portèrent sur les psychoses post-opératoires dont je vous ai entretenu en 1898; j'eus à envisager une série de délires qu'on n'avait pas su distinguer jusqu'alors des vrais délires post-opératoires. Je m'appliquai entre autres à séparer de ceux-ci un délire symptomatique de la septicémie chirurgicale à forme délirante et que je désignai sous le nom de faux délire post-opératoire. Mais je dois avouer qu'à cette époque je n'avais pas soupçonné les rapports du délire d'infection avec le delirium tremens.

Ce furent mes études récentes sur le délire des nouvelles accouchées et que je viens de communiquer à la Société d'obstétrique sur la demande de mon ami le professeur Budin qui m'ont permis d'établir ces rapports sur des bases sérieuses parce que ce délire est nettement infectieux et que l'alcool n'y joue aucun rôle. J'ai vu, en effet, dans mon service de Sainte-Anne, un certain nombre de psychoses post-partum liées à l'infection, et j'ai pu les étudier avec soin. J'ai été ainsi amené à constater que le délire qui accompagne la septicémie puerpérale est rigoureusement superposable à celui de la septicémie chirurgicale et que, d'autre part, les symptômes qu'il offre à l'analyse sont absolument semblables à ceux du delirium tremens.

On pourrait à bon droit s'étonner que les accoucheurs qui assistaient en 1871 aux discussions de l'Académie de médecine et qui connaissaient trop bien à cette époque la septicémie puerpérale n'aient pas été frappés de cette analogie, mais nous devons dire que les orateurs qui ont conduit ce débat ont surtout envisagé la pathogénie ou le traitement et que l'étude des formes cliniques y a été à peine abordée.

En ce qui me concerne, placé à la tête d'un service où viennent converger les septicémies chirurgicales et puerpérales à forme dé-

lirante qui me sont envoyées des hôpitaux, une telle analogie ne pouvait m'échapper tant elle est évidente.

Pour bien comprendre les développements qui vont suivre il me faut tout d'abord insister quelques instants sur le délire des nouvelles accouchées, puisqu'il constitue comme je l'ai dit le type le plus pur du délire infectieux, et ce fut certainement une lacune regrettable dans les travaux que j'ai cités que cette absence quasi complète de l'étude clinique du délire : ce sera mon excuse de vous en dire ici quelques mots.

C'est en 1877 qu'il fut décrit pour la première fois par Fürstner sous le nom de folie hallucinatoire aiguë. Quand on vient à l'analyser avec soin on constate que le plus souvent il débute par des hallucinations ordinairement terrifiantes parmi lesquelles celles de la vue tiennent la première place et qu'accompagnent des hallucinations de l'ouïe et des troubles de sensibilité (visions d'incendie, etc.).

Le nombre et la rapidité des sensations émanées des organes des sens influent sur la forme ultérieure de la psychose : si elles sont en petit nombre et envahissent lentement le champ de la conscience, le malade a le temps de les coordonner, d'où la production de conceptions délirantes. C'est la forme délirante que certains aliénistes comme Régis assimilent à un rêve ; de là le nom de délire onirique, délire de rêve, qu'il lui a imposé.

Si dans ce cas vous interpellez le malade, il répond nettement aux questions que vous lui posez, mais retombe rapidement dans le délire. Ne reconnaissez-vous pas là déjà un des principaux caractères du delirium tremens? D'ailleurs cette forme spéciale de la folie hallucinatoire ressemble également beaucoup au délire des alcooliques non traumatisés qui est considéré par beaucoup d'aliénistes comme un rêve toxique qui se prolongerait après le réveil, plus bruyant et plus prolongé que les autres, et c'est probablement cette analogie qui a pu en imposer à un grand nombre d'observateurs et entraîner entre ces deux formes une fâcheuse confusion.

Dans une autre forme peut être plus fréquente de la folie hallucinatoire des nouvelles accouchées, la multitude des sensations est telle que la malade ne peut plus arriver à les classer ; il en résulte un trouble de la mémoire et un affaiblissement intellectuel qui entraîne bientôt dans les idées une confusion laquelle exclut alors le véritable délire. C'est la confusion mentale proprement dite.

Cette forme de la folie chez la nouvelle accouchée est comme je l'ai dit plus haut d'origine infectieuse. On retrouve chez les malades qui en sont atteintes tous les symptômes graves de l'in-

fection. C'est d'une part la dissociation du pouls et de la température avec un pouls qui ne dépasse généralement pas 120 et une température qui le plus souvent reste à la normale ou au-dessous mais qui parfois cependant peut s'élever à 40 degrés; c'est d'autres part les signes gastro-intestinaux habituels. L'autopsie démontre d'ailleurs du côté du péritoine ou des viscères toutes les lésions connues de l'infection.

A cette association du délire et de l'infection déjà bien caractéristique vient s'ajouter un ordre de succession qui ne peut laisser aucun doute dans l'esprit : C'est la septicémie qui débute toujours et le délire ne vient que tardivement, contrairement au délire alcoolique qui se produit ordinairement de suite chez les malades atteints de traumatisme sans plaie. Il semble bien par la date de son apparition que ce délire ait besoin de l'infection pour se manifester et on est conduit dès lors à affirmer que l'infection constitue bien la maladie principale et que le délire n'y joue qu'un rôle tout à fait secondaire.

Si maintenant l'on vient à étudier comme je l'ai fait à Sainte-Anne chez beaucoup de malades, des cas de septicémie chirurgicale à forme délirante, on retrouve tout d'abord la même succession : c'est encore l'infection qui débute. Le délire ne vient que secondairement, fait que Peronne avait lui-même signalé dans ses observations; rarement, et dans les formes hypertoxiques seulement, on le voit apparaître en même temps que l'infection. En tout cas on ne voit jamais cette forme de délire devancer l'infection.

D'autre part, si l'on vient à analyser le délire, on retrouve les mêmes modalités que précédemment : ce sont les mêmes hallucinations suivies de délire ou de confusion mentale; là encore, la fréquence du délire est en raison inverse de la confusion, selon la multiplicité des sensations éprouvées par le malade.

Une question se pose alors : si réellement l'infection est la cause du délire, pourquoi ne l'observe-t-on pas dans tous les cas? C'est là le nœud de la question. Verneuil avait cru pouvoir expliquer cette divergence par l'intoxication alcoolique; nous savons déjà que cette explication ne saurait être maintenue dans le délire des nouvelles accouchées, si fréquent chez la femme où l'alcoolisme est l'exception, au moins dans certains milieux sociaux. Or la psychiatrie nous en donne avec la dégénérescence mentale une explication rationnelle que j'ai exposée dans ma communication à la Société d'obstétrique.

La doctrine de la dégénérescence a été jadis solidement établie dans notre pays par Morel et à notre époque défendue avec talent par Magnan et son école : or, il faut entendre sous ce nom un état particulier du cerveau sans substratum anatomique qui ne

saurait s'opposer aux manifestations les plus élevées de l'intelligence mais qui crée chez le sujet qui en est atteint une aptitude particulière au délire.

On peut dire que chez le dégénéré tout est prétexte à délire. Le cerveau n'attend qu'une occasion de délirer, l'infection en est ici l'occasion. Comme je l'ai fait dire à Privat dans la thèse qu'il a faite sur mon inspiration, prédisposition délirante et cause occasionnelle infectieuse sont inséparables. La première est la condition essentielle; l'infection ne peut sans elle faire éclore le délire.

Messieurs, je viens de vous montrer l'infection et le délire qui en est la conséquence dans des conditions aujourd'hui bien connues, grâce au progrès de la psychiatrie.

Or, l'alcool joue-t-il un rôle dans le délire? Oui certes, mais il n'intervient uniquement que pour « colorer le délire » en y introduisant des éléments qui manquent ordinairement dans le délire infectieux pur.

On voit en effet chez l'alcoolique s'ajouter aux caractères que j'ai indiqués plus haut de la folie hallucinatoire des réactions motrices de défense et d'attaque qui donnent au délire une physionomie particulière et rendent les malades parfois dangereux. Tantôt le malade veut fuir le danger auquel il se croit exposé, il pense ouvrir une porte, et c'est une fenêtre par laquelle il se précipite; tantôt pour se défendre ou pour attaquer ses ennemis imaginaires, il projette sur les personnes qui l'entourent, les objets qu'il tient à sa disposition; il frappe, il injurie, il pousse des cris, il appelle au secours. Je ne veux pas insister davantage mais en résumant les développements qui précèdent, il est facile de se convaincre que si le délire occupe une place secondaire à côté de l'infection, il en est *à fortiori* de même de l'alcool qui n'apporte en réalité à ce délire qu'un appoint tout à fait secondaire. Si donc ce délire dont il faut bien reconnaître l'origine infectieuse a été si longtemps attribué à l'alcoolisme, c'est qu'en dehors de certains caractères qui le rapprochent du délire vrai des alcooliques et excusent en partie la confusion dont il a été l'objet, il a été surtout observé à l'hôpital où la population se recrute surtout parmi les alcooliques.

D'ailleurs n'est-il pas digne de remarque qu'aujourd'hui où l'alcoolisme fait, hélas! dans la classe ouvrière, des ravages de plus en plus profonds, le delirium tremens a pour ainsi dire disparu en même temps que l'infection et les complications des plaies? Je conclurai donc de la façon suivante: Si le délire alcoolique existe réellement chez les alcooliques traumatisés légèrement ou non traumatisés, l'analyse des faits démontre que le délire n'existe dans l'infection qu'à l'état tout à fait secondaire et que dans ces

conditions il ne mérite plus une place à part dans le cadre nosologique et qu'il en doit disparaître comme il a déjà disparu de nos services.

J'ai hâte d'arriver aux conclusions pronostiques et thérapeutiques qui découlent des considérations précédentes.

A l'époque où l'alcoolisme tenait la première place dans le délire, le traitement de ce dernier se réduisait à peu de chose.

Au point de vue prophylactique, les auteurs conseillaient de combattre l'embarras gastrique si fréquent chez les alcooliques et de lutter contre la dépression des forces.

Au point de vue chirurgical, ils recommandaient de débrider les collections purulentes *avant l'apparition de l'accès*. Mais quand celui-ci avait fait son apparition, ils se bornaient à lutter contre lui avec les ressources de la pharmacopée.

Je ne rappellerai pas ici les discussions qui se sont élevées sur les dangers de la suppression de l'alcool. Je me bornerai à rappeler que la règle absolue dans nos services d'alcooliques est la suppression de l'alcool et que cette pratique fournit entre les mains de nos collègues d'excellents résultats.

Ce que l'on peut dire toutefois, c'est que si à cette époque le traitement par l'alcool donnait de bons résultats, c'est qu'il agissait favorablement sur l'infection chirurgicale comme il agit d'ailleurs dans toutes les infections médicales ou on l'emploie journellement, quand il n'existe pas de lésions rénales.

Que fait-on aujourd'hui pour les malades ? Peu de chose encore si ce n'est de les envoyer dans nos asiles quand l'accès a éclaté. Or c'est contre cette pratique que je tiens à m'élever de toutes mes forces. Puisque le délire est d'origine infectieuse, c'est par les ressources de la chirurgie qu'il faut le combattre, et la chirurgie doit s'appliquer à agir sur toutes les sources de l'infection, soit par des opérations économiques, soit même par des exerèses radicales quand il s'agit de foyers complexes siégeant au niveau des membres. J'ai été encouragé dans cette voie par les résultats que j'ai obtenu, dans des cas de psychoses post-partum en pratiquant des opérations sur la sphère génitale et que j'ai communiqués à la Société d'obstétrique. De même que chez elles, j'ai pu supprimer la psychose en supprimant le foyer d'infection, j'ai pu guérir par de larges interventions des malades, à la fois de leur délire et de l'affection chirurgicale qui en avait été le point de départ. N'est-ce pas d'ailleurs dans les deux cas, la meilleure démonstration et la plus probante de l'origine infectieuse du délire?

Je désire, à titre de document, vous signaler deux cas de mon service qui me paraissent particulièrement intéressants à cet égard.

Le premier de ces malades est un homme de quarante et un ans, alcoolique, E... (Henri), dont l'histoire est une navrante odyssée.

Le 10 décembre 1904, il se fait une plaie à la jambe en descendant de sa voiture; dès le lendemain apparaît un phlegmon diffus du membre : deux jours après, il se présente dans un hôpital où il ne fut pas admis, en raison de son agitation. Il rentre alors chez lui avec une température élevée : à ce moment, il présente des hallucinations, se croit entouré d'ennemis imaginaires, pousse des cris et se livre à toutes sortes de violences.

Un médecin appelé signe un certificat et le commissaire de police le dirige sur le Dépôt, d'où il est conduit à l'asile Sainte-Anne. M. Magnan lui délivre alors, à la date du 14 décembre, le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique avec hallucinations multiples et pénibles : craintes, frayeurs, tremblement des mains, étourdissement. Phlegmon diffus de la jambe droite. »

Ce malade entre dans mon service. Il présente tous les signes du delirium tremens caractérisé par les hallucinations diverses signalées dans le certificat. Il existe un phlegmon diffus très étendu du pied et de la jambe. Phlyctènes nombreuses, orifice fistuleux étroit situé sur la partie antérieure et médiane de la jambe au niveau du tibia. Température, 40 degrés.

Je pratique de suite sur le pied et la jambe de longues et multiples incisions qui mettent à découvert un tissu cellulaire sphacélé, et de grands décollements.

Le 22 décembre, on constate l'existence d'un gonflement à la face interne du genou et au niveau de la gaine des vaisseaux fémoraux; une incision est pratiquée au niveau du genou et se prolonge sur la gaine jusqu'au triangle de Scarpa; d'autre part, une ouverture secondaire au niveau du mollet amène une quantité considérable de pus. Le 12 janvier, deux nouvelles incisions sont faites au mollet et à la face antérieure de la cuisse.

L'examen du pus est pratiqué par M. Vian, chef du laboratoire du pavillon de chirurgie. Voici la note qu'il m'a remise.

« Examen direct du pus après coloration à la fuchsine phéniquée de Ziehl, et coloration par la méthode de Gram, montre la présence seule de streptocoque; une culture en bouillon confirme que l'infection est due à la présence du streptocoque seul. »

Ce malade a quitté mon service le 15 avril complètement guéri de son phlegmon diffus dont j'ai résumé plus haut la banale histoire. Mais voici la partie intéressante de l'histoire de ce malade. Un certificat de sortie a été délivré le 10 avril 1905, par M. Dagonet, il est ainsi rédigé :

« E..., atteint d'alcoolisme chronique avec accès subaigu est guéri de son accès, peut être rendu à la liberté à la demande de ses parents. »

Un point sur lequel je désire encore attirer votre attention est la disparition presque immédiate de son délire à la suite de la première intervention : dès ce moment les hallucinations ont

complètement disparu, et le malade a pu nous raconter son histoire dans tous ses détails.

En somme, ce malade alcoolique présente les signes du delirium tremens ; en réalité, il s'agissait d'une psychose infectieuse, due à une infection streptococcique ; il a guéri rapidement par l'intervention, de son infection et de son délire.

Deuxième cas : V... (Lucien), entre dans mon service de Bichat, pour une fracture bimalléolaire compliquée de plaie.

Dès son arrivée nous constatons que le malade a une température de 39 degrés. La plaie donne issue à une quantité notable de pus. La plaie est désinfectée avec soin et recouverte d'un pansement en attendant le moment d'une intervention plus complète.

C'est alors que le malade est pris de tous les symptômes du delirium tremens avec vision terrifiante d'animaux.

Ne pouvant le garder dans la salle à cause de son agitation, l'administration l'envoie à Sainte-Anne. A son arrivée à l'asile, M. Dagonet délivre le certificat suivant : « Est atteint d'alcoolisme, obtusion intellectuelle. Hallucinations multiples, voit les murs qui s'écroulent. Insomnie, fracture de la jambe gauche. »

A l'examen on constate l'existence de la fracture bimalléolaire; il présente une plaie bourgeonnante qui donne une suppuration abondante. Les extrémités osseuses sont dénudées, je découvre les deux fragments du tibia à l'aide d'une longue incision longitudinale et pratique la résection du fragment supérieur de façon à permettre le libre accès du foyer de la fracture.

Le délire chez ce malade a persisté encore quelque temps, mais le 29 juillet 1904, M. Vallon lui délivre un certificat de sortie : « Entré pour alcoolisme, est guéri; peut être rendu à sa mère qui le réclame. »

Le résultat de l'opération au point de vue orthopédique était excellent à la sortie du Pavillon. Marche rapide.

Il s'agit là encore d'une psychose infectieuse; l'intervention chirurgicale à guéri l'infection et le délire.

Je pourrai facilement multiplier ces exemples si je ne craignais pas d'abuser de votre attention.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, le plus souvent les malades arrivent trop tard à l'asile, le moment de l'intervention est passé et ils succombent rapidement à la septicémie généralisée.

Combien ai-je vu, pour ma part, mourir ainsi des malades atteints de phlegmons diffus des membres, de fractures compliquées et tout spécialement de synovites palmaires suppurées, sans qu'on ait rien pu tenter pour eux, ou à la suite d'exérèses faites trop tardivement! Il en est de ces malades comme du reste des femmes atteintes d'infection puerpérale accompagnée de délire, qui viennent succomber à l'asile, faute parfois d'avoir été opérée en temps opportun.

Nous ne devons nous arrêter à ces cas malheureux que pour en dégager un enseignement utile touchant le moment de l'intervention et nous devons surtout retenir de ce qui précède, qu'une intervention hâtive est susceptible de guérir un certain nombre de ces malades. Voilà le fait important.

On comprend de la sorte combien le pronostic du délire autrefois réputé si grave a pu s'améliorer grâce à la pratique que je vous propose. Billroth avait vu jadis mourir la moitié de ses malades. Peronne signale dans sa thèse 9 morts sur 10 cas de délire associé aux infections des membres et sur l'ensemble de ses observations, il signale 14 morts sur 22. Je ne puis évidemment pas, pour ma part, vous apporter une statistique globale, parce que l'infection chez les malades que j'ai eus à observer remonte à une date trop variable pour permettre de constituer une série de cas comparables entre eux, mais en considérant les cas de succès obtenus chez les malades à infection grave, mais récente, on peut admettre, sans exagération, qu'il pourra en être de même dans l'avenir pour tous les cas où on interviendra à temps.

A quoi bon, d'ailleurs, insister. Le pronostic du délire se confond avec celui des infections chirurgicales; on guérit facilement de nos jours ces infections, quand on intervient à temps; il ne peut qu'en être de même quand à cette infection vient s'ajouter le délire à titre secondaire. Je tiens, en terminant, à répéter une fois de plus que la conception nouvelle que je vous propose de la pathogénie du prétendu délire ébrieux, vous montre que désormais nous ne sommes plus désarmés devant lui, et que nous avons entre les mains pour le guérir un moyen efficace que nous connaissons tous, et qui n'est autre que le traitement systématique de l'infection.

Il faut donc, de toute nécessité, chez les malades atteints de delirium tremens abandonner la therapeutique « du certificat », chercher, dès le début, si le délire a une origine infectieuse, déterminer les indications opératoires auxquelles celle-ci peut donner lieu, les remplir hâtivement, exiger enfin de l'administration qu'elle dote tous les services de chirurgie de chambres d'isolement qui permettront au chirurgien de soigner dans des conditions convenables les malades délirants qu'on ne peut garder dans les salles, comme on a commencé à le faire à l'Hôtel-Dieu sous l'intelligente initiative de notre distingué collègue Ballet.

M. Broca. — Je crois impossible de laisser passer sans protestation la proposition de M. Picqué que le delirium tremens chirurgical doit disparaître de la nosographie. Qu'il y ait eu des confu-

sions avec des délires septicémiques, que nous ne sachions peut-être pas toujours faire le départ exact des deux facteurs chez un alcoolique infecté, tout le monde sera d'accord sur ce point. Mais, avec ou sans trauma, avec ou sans infection, le delirium tremens existe toujours identique à lui-même. On l'observe, sans cause provocatrice aucune, chez les alcooliques invétérés, buveurs d'alcool proprement dit et surtout d'absinthe; et chez eux, cela peut être provoqué par un coup, par une plaie non suppurante, par une lésion infectieuse aussi bien. Il faut opérer pour drainer les foyers septiques, la chose est entendue; mais nos malades chirurgicaux non infectés ont parfois du vrai delirium tremens, et cela est exact même pour quelques infectés. Lorsque le délire cesse aussitôt après l'opération, il est bien probable qu'il y a eu erreur de diagnostic, mais lorsque, comme dans le second cas de M. Picqué, l'amélioration, puis la guérison sont lentes, la preuve n'est pas du tout certaine. Car je maintiens que nous observons des deliriums tremens identiques chez les alcooliques bien imbibés, lorsque la cause provocatrice est septique ou lorsqu'elle ne l'est pas. La fréquence de ces accidents a diminué depuis qu'ont diminué dans nos services les accidents septiques : quoique cette assertion ne soit peut-être pas absolument démontrée; à supposer qu'elle le soit, cela ne prouverait pas grand'chose, car il en serait exactement de même avec l'hypothèse que l'infection a été la cause provocatrice de delirium tremens.

M. Lucas-Championnière. — Je désire appuyer ce que vient de dire notre collègue Broca. Je ne conçois pas bien comment on peut nier ainsi le delirium tremens et l'opposer au délire septicémique. L'existence du delirium tremens isolé, dans les traumatismes fermés et non septicémiques, n'est pas contestable.

Après les traumatismes ouverts il n'est pas contestable non plus. Je pense qu'alors son diagnostic, ou pour mieux dire l'isolement du fait de septicémie et l'isolement du fait de délire alcoolique, sont choses difficiles.

Mais il me semble bien difficile que le délire septicémique vrai soit assez souvent confondu avec le délirc alcoolique pour qu'il découle de cette observation une pratique chirurgicale heureuse qui par elle-même met fin aux troubles cérébraux que l'on aurait mis à tort sur le compte de l'alcoolisme.

M. Paul Reynier. — Je m'associe entièrement à ce que viennent de dire MM. Broca et Lucas-Championnière. Avec eux je crois que M. Picqué a été trop absolu, et qu'on ne saurait mettre en doute l'origine purement alcoolique de ce qu'on désigne sous

le nom de delirium tremens, délire si nettement caractérisé, et qui tout d'un coup éclate chez certains de nos malades, sans qu'il y ait d'infection à relever.

Ce matin encore, je donnais l'exeat à un de ces malades. Victime de l'accident de la gare du Nord, il avait été transporté dans mon service avec une fracture double des deux jambes, sans qu'il y eût de plaie. Huit jours après son entrée, ses deux jambes étant dans le plâtre, cet homme qui avait des habitudes alcooliques dont il ne se cachait pas, était pris d'un accès des plus violents de delirium tremens, dans lequel il enlevait ses plâtres, puis se débattait, agitant ses jambes fracturées, et faisant saillir ses fragments sous la peau, inconscient de la douleur. Or, ce délire céda au bout de trois jours au traitement que nous avons l'habitude de donner avec succès dans tous ces cas, et qui consiste dans du vin contenant du laudanum. Lorsqu'on voit avec quelle rapidité, dès qu'on leur rend le vin dont ils étaient sevrés, leur délire disparaît, on ne peut douter de l'existence de ces délires à *potu suspenso*.

Ceci admis, je reconnais, d'autre part, avec M. Picqué que bien des délires ont pu être mis sur le compte de l'alcoolisme, et dans lesquels l'infection jouait le principal rôle. Que de fois, en effet, ai-je vu dans mon service des malades délirants qu'on traitait d'alcooliques, et chez lesquels, faisant examiner les urines, je trouvais de l'albumine, indice d'un état d'infection plus ou moins grave, qu'on améliorait dès qu'on les mettait au régime lacté, et qu'on les drainait plus complètement. Toutefois, il existe des cas où il est difficile de dire ce qui domine, comme facteurs de ces délires, de l'alcoolisme ou de l'infection, ces deux causes se réunissant sur le même individu. Il est, en effet, je crois, indéniable que l'état d'intoxication alcoolique prédispose en cas d'infection au délire, et donne à ce délire un caractère particulier. Il est pour cela comme pour tout autre état cérébral, qu'il soit acquis ou congénital. Ne savons-nous pas que sous l'influence d'une infection, même légère, d'une légère grippe, certains malades délireront dès que la température dépasse 38, tandis que nous verrons d'autres cerveaux supporter des températures plus élevées de 40, sans délirer, sans que nous puissions savoir exactement pourquoi?

Quoi qu'il en soit, je reconnais avec M. Picqué qu'il serait désirable que lorsque dans nos services un malade se met à délirer, on recherche avec plus de soin l'infection et si on la trouve, avant de se décider à l'envoyer dans un asile, qu'on la tienne en observation pendant quelques jours. Malheureusement pour cela, comme ces malades délirants troublent le repos des autres malades, il faudrait annexer à tous nos services, ou au moins à tout hôpital des chambres d'isolement que nous demandons depuis de

longues années à l'administration sans pouvoir l'obtenir, et il serait à souhaiter que l'écho de cette discussion puisse arriver à l'oreille de nos administrateurs, pour les décider enfin à s'occuper de cette question.

M. Bazy. — Au moment où M. Picqué faisait sa communication, je me rappelais le cas d'un de mes malades atteint d'une simple fracture du péroné et qui m'avait d'autant plus impressionné que, en nous racontant la façon dont il buvait et le nombre de petits verres qu'il buvait, il faisait rire toute la salle. Or deux jours après il était mort.

J'ai actuellement dans mon service un malade qui a commencé a délirer chez lui, puisque la fracture de cuisse et les plaies pour lesquelles il est entré dans mon service avaient eu pour cause une chute par une fenêtre qu'il avait prise évidemment pour la porte.

M. Picqué. — Je prie M. le président de vouloir bien m'inscrire à l'ordre du jour de la séance prochaine où je désire répondre aux objections qui viennent de m'être faites. Je me contenterai aujourd'hui de dire qu'il n'est jamais entré dans mon esprit de supppimer du cadre nosologique le délire alcoolique qui constitue un chapitre important de la pathologie mentale. Je me suis appliqué au cours de ma communication et en plusieurs endroits, à bien séparer le délire alcoolique du délire septicémique que j'ai seulement visé et je prie mes collègues de se reporter à ma conclusion qui confirme cette distinction.

Anévrismes poplités.

M. Arrou. — J'étais absent le jour où notre collègue Faure apporta à la Société de chirurgie l'observation d'un cas d'anévrisme poplité traité par l'extirpation et terminé par une amputation de cuisse, la gangrène s'étant mise de la partie. Il n'en faisait pas, d'ailleurs, un argument absolu contre l'extirpation. Il avait au contraire tendance à mettre le sphacèle intervenu sur le compte du mauvais état artériel de son opéré. C'est là, je crois, la cause principale des accidents gangreneux, et à l'appui de cette opinion j'apporte l'observation suivante :

Il y a cinq ans, en 1900, je vis venir à l'hôpital Saint-Antoine une brave femme de cinquante-cinq ans, de bonne apparence, qui s'inquiétait d'une tumeur survenue depuis quelques mois dans son jarret droit. C'était un anévrisme. Il battait très nettement, soufflait quelque peu, mais gênait les mouvements et causait de

vagues douleurs. Tout de suite, et certainement un peu trop vite, quelqu'un lui proposa de lui enlever cette poche. Ce n'est pas du tout ce que désirait la pauvre femme. Elle s'esquiva, et je n'en entendis plus parler pendant un mois. Mais, au bout de ce temps, je la vis revenir dans de déplorables conditions. Nulle tentative de traitement n'avait été faite, par quelque moyen que ce fût. Elle n'en avait pas moins une gangrène totale de la jambe, les orteils noirs, la jambe couverte de phlyctènes, une lymphangite étendue jusqu'au pli de l'aine et de la fièvre. Il me fallut plus de quinze jours pour désinfecter et momifier à sec cette jambe gangrenée, qui finalement limita son sphacèle à peu près à l'articulation du genou, c'est-à-dire très haut. C'était une amputation de cuisse. Je la pratiquai un peu au-dessus des condyles, par la méthode à deux lambeaux. C'est là que j'eus une véritable surprise. Pas une seule artère ne donna une seule goutte de sang. La fémorale elle-même était oblitérée, sa lumière occupée par un caillot fibrineux dur, à peu près sec, très adhérent aux parois vasculaires. Tout de même, et par acquit de conscience, j'y jetai un fil — et ce fut tout. La guérison, par chance particulière, se fit sans trace de sphacèle ni infection quelconque.

Il n'en reste pas moins que cette ischémie de lambeau, taillé en pleine cuisse, à dix ou quinze centimètres de l'anévrisme, est tout à fait remarquable. Il fallait pour cela que la fémorale superficielle et la fémorale profonde fussent toutes deux malades, la première dans son tronc, la seconde dans ses perforantes tout au moins. Un caillot parti de l'anévrisme ne suffit pas pour expliquer d'aussi invraisemblables conditions de circulation artérielle.

Ce cas ne démontre qu'une chose, une seule chose : c'est que certains sujets sont des candidats à la gangrène quand même, quoi qu'on fasse pour eux. Ils en sont menacés si on les opère; ils en sont encore menacés si on se croise les bras.

Aussi, pour l'anévrisme poplité en particulier, continuerai-je à appliquer le traitement radical, c'est-à-dire l'extirpation.

Parmi les chances qu'ils courent, les opérés ont au moins celle de guérir complètement et définitivement et c'est ce qui s'est passé dans les deux cas que j'ai apportés dernièrement à cette tribune.

M. Routier. — Je demande à M. Arrou si l'anévrisme battait au moment de l'opération.

M. Arrou. — Il y avait des battements lors du premier passage de cette malade à l'hôpital. Il n'y en avait plus aucun lorsqu'elle y revint.

M. Routier. — Ce n'est pas seulement dans les cas d'anévrisme qu'on peut avoir de l'oblitération artérielle, on l'observe aussi

dans des cas d'artérite, sans anévrisme; j'ai observé des faits de ce genre qui ont été réunis dans la thèse d'un de mes anciens internes, le Dr Prioleau.

Je me souviens d'un de ces malades, un vieux nègre qui était à Bicêtre, à qui je dus pratiquer l'amputation des deux membres inférieurs; toutes ses artères étaient oblitérées, il fut inutile de placer une seule ligature.

La réunion fut parfaite malgré cela. On comprend d'autre part que l'oblitération artérielle puisse être consécutive à la coagulation de l'anévrisme.

M. Guinard. — J'appuie ce que vient de dire M. Routier; pour ma part j'ai deux fois fait des amputations de cuisse, sans que la fémorale donnât du sang. Chez un malade de M. Duguet, j'ai été frappé de ce fait et j'ai pratiqué le « cathétérisme des artères » qui a été conseillé par Montaz, de Grenoble. Avec de longues pinces je suis allé jusqu'au pli de l'aine dans l'intérieur de l'artère fémorale, et j'ai extrait des caillots fibrineux qui l'obturaient. A un moment donné, le sang est venu à flot et le malade a très bien guéri sans gangrène et vit encore. Mais cette discussion a déjà eu lieu ici et j'ai déjà rapporté ces observations. Je n'insiste donc que pour appeler l'attention sur cette manœuvre qui peut rendre des services.

M. Tuffier. — Il me semble que la question posée par la communication de M. Arrou a quelque peu dévié. Notre collègue nous présente un cas de gangrène du membre inférieur au cours d'un *anévrisme* poplité chez une malade *ayant une artériosclérose* très marquée et il attribue la gangrène à la coexistence d'un athérome. C'est là une première question qui a été maintes fois étudiée ici-même et nous sommes tous d'accord et bien fixés sur ce point : lorsque chez un malade atteint d'un anévrisme il existe un athérome artériel très marqué, les chances d'*ischémie* et de *gangrène* consécutives sont particulièrement nombreuses et le pronostic d'autant plus grave.

Sur cette question vous avez greffé l'histoire des *amputations pour gangrène* et on a fait remarquer que l'athérome peut être tel qu'*aucune ligature* n'est nécessaire après l'amputation. Le nombre des observations que vous venez d'apporter, prouvent que cette oblitération vasculaire n'est pas rare. Pour ma part, je puis vous citer le fait suivant : j'ai amputé dans mon service un malade qui depuis longtemps présentait une gangrène des orteils. J'ai fait chez lui — sous la *rachianesthésie* bien entendu — une amputation atypique de Chopart; il ne s'est pas écoulé une goutte de sang pendant l'opération. Mais ce qui m'a frappé dans ce fait et ce qui me

paraît le plus intéressant dans la discussion actuelle, c'est que, ni M. Arrou, ni M. Michaux, ni M. Routier, ni moi-même, n'avons eu de sphacèle du lambeau, si bien qu'on assiste à ce phénomène au moins paradoxal d'une amputation faite dans un tissu tellement ischémié que pas une ligature n'est nécessaire, et cependant dont la réunion des lambeaux se fait par première intention et sans trace de gangrène. Je ne dis pas qu'il en soit toujours ainsi, mais il n'en reste pas moins acquis par nos observations que cette guérison peut exister; c'est ce qui m'avait frappé depuis longtemps et je suis très satisfait de le voir établi par d'autres cas que les miens.

Quant au *débouchage* des artères dont nous parle M. Guinard, les cicatrices parfaites de nos malades sans sphacèle démontrent qu'il n'est pas absolument nécessaire. De plus, il n'est certainement *pas praticable* dans les cas d'amputations du pied analogues à celui dont je viens de vous parler, car dans mon cas j'ai trouvé les artères très rétrécies, un caillot non seulement fibrineux mais *absolument sec* les oblitérait et je ne me vois pas bien allant accrocher le long de la pédieuse et de la tibiale tous les caillots qui les oblitéraient.

Ce procédé aura peut-être quelques applications, mais je ne le crois pas assez peu susceptible de généralisation. J'ai refusé de pratiquer cette opération à un malade auprès duquel j'étais appelé l'an dernier par M. le Dr Lancereaux et qui était atteint d'une oblitération embolique remontant jusqu'à l'iliaque externe ! Il est certain que si je trouvais dans une artère volumineuse et surtout près d'une collatérale un caillot facile à extirper par simple traction, je n'hésiterais pas à employer le procédé en question. Mais ce sont là des circonstances particulièrement rares et je craindrais beaucoup la reproduction bien rapide de la coagulation en pareil cas car la paroi interne de l'artère très altérée dans sa vitalité provoquerait sans doute le retour de cette coagulation.

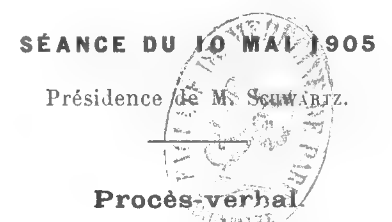
M. Arrou. — Toute cette discussion démontre que le sujet atteint d'anévrisme poplité peut, fort bien et mieux qu'un autre, présenter des lésions d'artérite généralisée. Nouvelle raison pour ne pas mettre uniquement sur le compte de l'intervention, les lésions sphacéliques consécutives à l'extirpation. Enlevons ces tumeurs, c'est ce que nous avons de mieux à faire : le patient, parmi ses chances, a du moins celle de guérir d'emblée et définitivement.

Le Secrétaire annuel,
Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 10 MAI 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. TUFFIER dépose sur le bureau de la Société un mémoire de M. Autipas intitulé : *Un cas de pneumotomie pour cavernes bronchiectasiques.*

M. SEBILEAU nous apporte un travail de M. Gaudier, intitulé : *Corps étrangers de l'œsophage, tentatives d'extraction par le panier de Græfe. Œsophagatomie externe. Guérison.*

A l'occasion du procès-verbal.

Delirium tremens.

M. PICQUÉ. — Messieurs, dans notre dernière séance, je vous ai fait une lecture sur une variété de délire post-traumatique. C'est un sujet que j'étudie depuis un grand nombre d'années et sur lequel je n'avais rien encore publié jusqu'ici. L'étude que je vous ai soumise n'est d'ailleurs qu'un chapitre détaché d'une série de travaux que je poursuis avec le concours de plusieurs de mes élèves sur le rôle de l'infection dans la pathogénie de psychose.

Pour simplifier mon exposé, je n'ai envisagé devant vous que le seul délire qui accompagne les traumatismes compliqués d'infections. Je lui ai laissé le vieux terme de delirium tremens dont Verneuil s'est servi dans ses observations et qui est encore couramment employé. Je me suis appliqué longuement à le séparer du vrai délire

alcoolique avec lequel il a été jusqu'ici confondu. Je vous ai démontré que celui-là était un délire septicémique, qu'il ne tenait dans le syndrome clinique qu'une place secondaire à côté de l'infection, que dans ces conditions il ne méritait pas la place qu'on lui avait réservée jusqu'ici dans le cadre nosologique puisqu'il devait rentrer dans le chapitre de la septicémie chirurgicale.

Voilà la thèse que j'ai développée devant vous, dans des termes que j'ai tenu à rendre aussi précis que possible. Aussi ai-je été quelque peu surpris d'entendre notre collègue Broca affirmer devant vous, que j'avais eu tort de contester l'existence du délire alcoolique et invoquer même l'opinion d'un romancier qui eût peut-être été étonné de son vivant d'entendre son nom prononcé dans cette enceinte et d'apprendre qu'un chirurgien invoquait son autorité contre l'opinion d'un de ses collègues. M. Broca n'a pas reproduit dans son manuscrit ce qu'il avait probablement considéré comme une boutade, et votre secrétaire annuel n'a pas cru devoir lui rappeler cette omission lors de la mise en page. Je tiens à lui dire, cependant, que j'ignore profondément les opinions de ce romancier sur le délire alcoolique et que je n'ai jamais subi l'influence de ses idées. Je me suis instruit ailleurs. C'est dans les travaux de maîtres justement estimés, de Lancereaux, de Magnan, l'éminent aliéniste de Sainte-Anne, du professeur Joffroy que je me suis documenté, c'est également dans les services d'alcooliques, que mes collègues m'ont libéralement ouvert, que depuis plus de vingt ans j'ai pu observer plusieurs centaines de cas de délire alcoolique et acquérir ainsi une certaine expérience clinique.

Voilà, mon cher collègue, où et comment j'ai appris à connaître le délire alcoolique ; aussi me pardonnerez-vous un mouvement de surprise que je n'ai pu réprimer quand je vous ai entendu affirmer que je voulais supprimer un important chapitre de la pathologie mentale qu'ont édifié, à travers les siècles, les maîtres incontestés de la psychiatrie. Vous avez cru devoir « protester » contre une opinion que je n'avais pas émise; permettez-moi, à mon tour, de protester contre votre affirmation. D'ailleurs, si j'avais eu l'étrange prétention que vous m'attribuez, je n'aurai pas choisi cette tribune ou la psychiatrie n'a rien à faire.

Je n'ai donc parlé ici que du délire infectieux, parce qu'il intéresse tous les chirurgiens. J'ai insisté sur ses caractères et si mes collègues veulent bien relire mon travail, ils reconnaîtront, j'en suis sûr, que j'ai suffisamment indiqué ceux qui permettent de le distinguer du précédent.

Or, c'est celui-là et celui-là seul que je veux voir disparaître en tant qu'entité morbide puisqu'il ne constitue, comme je l'ai dit, qu'un incident clinique dans l'évolution de la septicémie.

Pas plus que le délire dans la pneumonie, il ne saurait être étudié à part.

M. Broca prétend qu'il s'agit d'erreurs de diagnostic chez les malades envoyés à l'asile; je ne puis réellement admettre qu'un chirurgien méconnaisse un phlegmon diffus ou une synovite palmaire suppurée quand je peux les diagnostiquer presque à distance chez les malades délirants qui me sont envoyés.

Je persiste donc à croire que sous l'influence d'une doctrine erronée, on admet trop facilement l'action de l'alcool dans la production de ce délire, alors que celui-ci dérive uniquement de l'infection par un mécanisme que je vous ai indiqué.

Dès qu'un malade délire dans ces conditions, on tend trop à le considérer comme justiciable de l'internement et c'est là l'erreur que j'ai tenu à vous signaler, parce qu'elle aboutit à ce que j'ai appelé « la thérapeutique du certificat », si préjudiciable aux malades. C'était là l'objet principal et le but de ma communication.

J'ai, en effet, observé pendant une longue période d'années un grand nombre de délires infectieux qui, en raison des idées courantes ont été dirigés sur les asiles avec l'étiquette de délire alcoolique ou de delirium tremens. De ceux-là j'en ai vu beaucoup mourir qui auraient probablement pu guérir si le chirurgien, dégagé de préoccupations doctrinales, les avaient retenus à l'hôpital pour les y traiter d'après les seules indications de la chirurgie.

D'autres on pu guérir de leur infection ou de leur délire qui sont arrivés à temps dans mon service.

M. Broca, citant ma deuxième observation où le délire n'a pas disparu dès l'intervention, en conclut que celui-ci ne saurait avoir de rapport avec l'infection. Ai-je besoin de rappeler qu'il est certaines infections où l'intervention n'amène pas de suite la chute de la température et le retour du pouls à la normale, qu'il est certaines altérations du sang d'origine infectieuse que la chirurgie ne peut avoir la prétention de modifier immédiatement. Qu'y a-t-il d'étonnant que, dans ces conditions, le délire persiste quelque temps encore?

Notre collègue prétend aussi qu'il n'est pas démontré que le delirium tremens ait diminué à notre époque malgré la rareté actuelle des infections.

M. Broca, placé à la tête d'un service d'enfants, doit avoir rarement l'occasion d'observer une affection qui atteint le plus souvent les adultes; aussi, c'est surtout à ceux de mes collègues qui dirigent des services de chirurgie générale que je demande si réellement, comme il le dit, le delirium tremens est aussi fréquent que jadis. Pour ma part, je ne l'observe plus guère.

Quoi qu'il en soit, je voudrais que les chirurgiens fissent pour

leurs malades délirants ce que les médecins font eux-mêmes quand ils ont des pneumoniques ou des hépatiques qui délirent. Quand le délire a une origine nettement infectieuse, le médecin garde son malade et lutte contre l'infection : le chirurgien doit faire de même dans le cas spécial dont je m'occupe ici, s'il ne veut pas assumer une redoutable responsabilité.

Mais il faut évidemment que l'Administration nous en fournisse les moyens en nous donnant des salles d'isolement, et c'est pourquoi j'ai été heureux que M. Reynier, comprenant le sens véritable de ma communication, ait bien voulu appuyer le vœu que j'ai émis en terminant.

Il est, en effet, profondément regrettable que chaque service n'ait pas à sa disposition et à une assez grande distance des salles, une ou plusieurs chambres d'isolement et que l'Administration si éprise, paraît-il, de réformes utiles, n'ai pas jusqu'ici trouvé d'autre moyen que d'envoyer dans des services spéciaux et hors de l'Assistance publique les malades dont nous avons la charge. Mais ce n'est pas, comme le désire M. Reynier, à la Société de chirurgie que cette importante question, selon moi, peut être utilement discutée. C'est à la Société de chirurgie qu'il appartient de la mettre à l'étude et de transmettre des propositions à l'Administration.

M. Tuffier. — Je voudrais demander à M. Picqué si, à côté des délires pseudo-alcooliques par infection, il a eu l'occasion d'observer des accidents du même genre après l'emploi des antiseptiques et surtout autrefois chez des malades pansés à l'iodoforme.

M. Picqué est au courant des travaux qui ont été publiés en France et à l'étranger sur cette question, mais il n'a jamais eu l'occasion d'observer des cas de ce genre.

M. Guinard. — Je ne voudrais pas que la discussion sur l'intéressant travail de M. Picqué se terminât sans qu'on ait ici précisé un point particulier qui m'a frappé à notre dernière séance. Je veux parler du traitement du *delirium tremens* : M. Reynier nous a dit qu'il donnait à ses malades du vin fortement laudanisé, et M. Picqué, au contraire, s'appuyant sur la pratique des aliénistes, nous a conseillé de supprimer complètement l'alcool en pareil cas. Il s'agit là d'une question absolument précise et pratique. Faut-il donner de l'alcool aux alcooliques en crise délirante ? Dans la plupart des services, et dans le mien, en particulier, le personnel donne du vin laudanisé aux alcooliques délirants, sans même le demander au chef de service, tellement ce traitement est de pratique courante. Je demande à M. Picqué, dont la compétence et l'expérience spéciales sont bien connues, s'il peut nous donner quelques clartés sur ce point intéressant.

M. Monod. — A l'appui de ce que vient de dire M. Guinard, je rappellerai que, de tout temps, à Saint-Antoine, dans mon service, le vin laudanisé — à dose de 60 gouttes de laudanum de Sydenham pour un litre de vin — est donné aux malades atteints de *delirium tremens* ; et cela avec les meilleurs résultats. La chose se fait maintenant en dehors de moi, par la surveillante chef, dès l'apparition du délire.

M. Berger. — J'ai eu l'occasion de demander à M. Magnan son avis sur la question : il m'a déclaré être partisan de la suppression absolue de l'alcool et même du chloral.

M. Arrou. — Le traitement du *delirium tremens* m'a été appris de toutes pièces par une surveillante de l'hôpital Saint-Antoine, que trente ans de pratique avaient mise à même de mieux juger les choses que ne le pouvait faire un chirurgien frais émoulu comme moi. Je parle d'un temps déjà quelque peu lointain. Elle me fit remarquer — et force me fut bien de lui donner raison — que les piqûres de morphine, si elles avaient une action, n'en avaient guère qu'une mauvaise. Après quarante-huit heures, en général, dans les cas graves, les gens mouraient sans avoir retrouvé le moindre calme. Même résultat après le traitement chloralé, quelles que fussent les doses. Et la pratique de mon maître Verneuil, qui le maniait comme chacun sait, n'avait pas fait de moi un timoré en matière d'administration de chloral.

L'alcool n'avait pas une réussite meilleure, j'entends l'alcool en petit verre, le rhum, le pseudo-cognac de nos services. Pour réussir, c'est le vin rouge additionné de laudanum qu'il faut employer. Dès que ma vieille surveillante surprenait chez le blessé un signe quelconque de delirium au début, la parole trop brève, le geste trop saccadé, l'agitation annonciatrice des accidents aigus, quelquefois même avant tout signe prémonitoire chez ceux qu'elle soupçonnait avec quelque raison, elle administrait une bouteille de vin rouge ordinaire, additionné de soixante gouttes de laudanum de Sydenham. En trois ou quatre heures tout était absorbé, et le calme reparaissait. C'est là un traitement facile, sans danger, qui a donné sous mes yeux les meilleurs résultats, et que j'ai adopté pleinement depuis lors. Je n'ai pas vu qu'il eût un inconvénient quelconque, et je ne saurais trop engager mes collègues à en faire, à l'occasion, l'essai chez leurs blessés.

M. Monod. — Encore un mot. A M. Arrou a succédé dans mon service, comme assistant, mon excellent collègue M. Launay, venant du service de M. Quénu. Il a introduit chez moi, au moins à titre d'essai, la pratique de M. Quénu, qui vous la ferait certai-

nement connaître, s'il était aujourd'hui au milieu de nous. Je me permets de vous la dire à sa place, pour réunir ici, en un faisceau, les opinions des divers membres de la Société de chirurgie. C'est aux injections sous-cutanées de sérum que M. Quénu a recours; il les considère comme préférables au vin laudanisé. L'expérience lui en a montré à lui-même ainsi qu'à M. Launay les avantages. Je ne saurais encore rien en dire moi-même, cette pratique, à Saint-Antoine, étant de date trop récente.

M. Tuffier. — Dans les cas relativement rares de delirium tremens que j'observe, je reste fidèle à l'administration du vin opiacé. Souvent même quand je puis craindre l'explosion du délire chez un alcoolique je fais donner préventivement cette médication. Il est souvent assez facile de prévoir ces accidents lorsque chez un alcoolique traumatisé on voit survenir une certaine volubilité de paroles, l'anesthésie relative des lésions avec cet état d'euphorie, ce visage vultueux, quelques transpirations qui précèdent souvent le délire proprement dit. J'ai la conviction que la médication par le vin et opiacée rend service dans ces cas.

M. Routier. — J'observe peu de cas de delirium tremens parce qu'à Necker on voit peu de traumatismes. Je les traite par le vin opiacé qui donne de bons résultats.

M. Picqué. — M. Reynier, dans la dernière séance, avait abordé la même question. Je n'avais pas cru devoir y répondre, parce que dans ma communication j'avais donné l'opinion des aliénistes à cet égard. Je tiens à répéter ici que dans des services d'alcooliques où le nombre des malades s'élève parfois à plus de 300 on voit s'éteindre les accès de délire alcoolique sans qu'on ait jamais recours aux alcools dont l'entrée est absolument interdite. Les malades reçoivent du thé à discrétion. M. Magnan, dont M. Berger vient de citer l'observation, est en effet absolu à cet égard et très souvent quand il m'envoie des malades à opérer dans mon service il me fait souvent recommander de ne jamais donner d'alcool à ses malades, et je m'incline toujours devant sa haute autorité scientifique. Je n'ai pas pour ma part à prendre parti dans une question qui intéresse spécialement les psychiatres. Je ne serais disposé à faire une exception à cette règle que lorsqu'il s'agit de délire infectieux.

M. Paul Reynier. — Je demanderai à M. Picqué si à Sainte-Anne on a à traiter le delirium tremens dès qu'il apparaît, ainsi que nous avons toujours l'occasion de le faire sur nos malades dans les hôpitaux. Ceux, en effet, qu'on transporte à Sainte-Anne n'y arrivent le plus souvent qu'après un certain temps qu'ils délirent ;

n'ayant pas été terrassés par la violence du début de l'attaque, ils prouvent qu'ils ont une résistance qui doit leur permettre de supporter l'absence de l'alcool.

Dans nos services il n'en est pas ainsi ; nous voyons des malades qui le matin paraissent bien, être pris subitement dans la journée de delirium tremens, dans lequel ils veulent se lever, et agiter leurs membres fracturés avec une désinvolture extraordinaire. Dans ces cas, je n'ai jamais vu les injections de morphine seules réussir d'une façon satisfaisante. Avec le vin opiacé au contraire ma surveillante, qui suit ici les errements introduits dans mon service par M. Berger mon prédécesseur obtient des résultats plus rapides, et plus encourageants.

De plus, il m'a semblé que les malades qui ont été traités par ce vin paraissent, à la suite de l'attaque, dans un état de dépression cérébrale moindre que ceux qui guérissent en ayant été sevrés.

M. Picqué. — Je répète encore qu'il faut distinguer à ce point de vue le délire alcoolique vrai et le délire infectieux. Dans ce dernier cas, je serais disposé à croire que l'alcool doit donner de bons résultats pour le vrai délire alcoolique ; je tiens à répéter que je ne puis avoir aucune opinion.

Communication.

Un cas de suture du foie et du rein,

par M. le Dr COUTEAUD,

Médecin en chef de la marine, correspondant de la Société de Chirurgie.

Le 4 avril 1905, à 8 h. 1/2 du matin, on apporte à l'hôpital maritime de Cherbourg un adjudant qui a tenté de se suicider, il y a une heure, avec un revolver d'ordonnance. C'est un homme très vigoureux, âgé de quarante ans, un peu alcoolique. Le trou d'entrée de la balle, — une balle de 8 millimètres, — se voit à 6 centimètres au-dessous du mamelon gauche et à 2 cent. 1/2 en dedans de la ligne mammaire; le trou de sortie est à la région lombo-latérale droite, au niveau de la pointe inférieure du rein. Les deux plaies cutanées ne saignent pas. A en juger par la direction du trajet, la balle doit avoir commis de grands dégâts dans les viscères abdominaux.

Le blessé a émis des urines sanglantes, donc le rein droit a été lésé. Il a eu deux vomissements, l'un d'eux en ma présence, dépourvu de sang; j'en conclus que l'estomac est indemne. La paroi abdominale présente un léger degré de contracture, ce qui,

joint aux vomissements, à une très grande pâleur, à un pouls extrêmement petit, me fait diagnostiquer un épanchement sanguin intra-abdominal. La respiration est assez facile ; pas d'hémoptysie, donc pas de lésion pulmonaire; aucun signe d'épanchement de sang dans la plèvre. Le malade répond aux questions et ne se plaint que d'étouffer, malgré l'absence de dyspnée. Point de sueurs froides, pupilles non dilatées; l'état du pouls, la pâleur, un peu d'hébétude indiquent l'existence d'un certain état de choc associé, sans doute, à une hémorragie interne.

Une intervention urgente s'imposait à mes yeux : c'est ce que je fis, séance tenante, une heure environ après l'accident.

Opération. — Je pratique, sous chloroforme, une laparotomie médiane par une incision du sternum à l'ombilic. J'aperçois bientôt un caillot, mais sans distinguer d'où vient le sang. Sachant que le rein droit a été sûrement blessé, je branche sur la première incision une incision transversale de 12 centimètres passant sous les fausses côtes. Le foie et la masse intestinale sont alors bien en vue, et je trouve, dans le flanc droit, une quantité de caillots d'environ 1 litre que j'extrais à pleines mains. Grâce à une bonne rétraction par de larges valves métalliques, l'inspection des viscères est possible; l'intestin ne présente rien d'anormal. A la face inférieure du lobe droit du foie, vers la partie moyenne, en dehors de la vésicule biliaire, je vois une plaie un peu irrégulière, longue de 2 cent. 1/2, avec décollement sur les bords de la capsule de Glisson. Explorant ensuite la face convexe du foie, en faisant fortement basculer l'organe, je parviens à trouver dissimulée, à la partie postérieure du lobe gauche, une plaie elliptique de 2 centimètres de longueur. J'avais donc sous les yeux les deux orifices d'entrée et de sortie de la balle qui saignaient abondamment et que les tamponnements à la gaze ne pouvaient assécher : je les suturai toutes les deux avec la grande aiguille courbe à pédale et du catgut n° 2; l'aiguille entra et ressortit à 1 cent. 1/2 des bords de la plaie, s'enfonçant à une profondeur d'environ 2 centimètres; je fis un surjet à deux points pour la plaie de la face convexe du lobe gauche et un surjet à trois points pour celle de la face inférieure du lobe droit, en ayant bien soin de serrer modérément sans couper le tissu hépatique. L'hémorragie cessa immédiatement après les sutures.

J'examine ensuite le rein droit dont la face antérieure ecchymosée présentait, vers la partie moyenne, un trou rond, régulier, admettant le petit doigt et donnant du sang; cet organe, que mon aide et moi nous palpons à loisir, nous semble ferme et consistant. Je suture l'orifice d'entrée du tunnel rénal au catgut n° 2 pour prévenir toute hémorragie intra-abdominale, en écartant délibé-

rément toute idée d'ablation de l'organe qui me semblait contre-indiquée et dont l'exécution eût pu être funeste à un opéré sans pouls et en imminence de syncope respiratoire.

Toutes ces lésions impliquaient nécessairement l'existence d'une perforation du diaphragme qu'il me fut impossible de voir et que je ne songeai pas à atteindre, vu l'état peu brillant du malade. Du reste, cette plaie me semblait, en l'espèce, négligeable. Après avoir disposé des drains et une mèche au-dessus et au-dessous du foie, je terminai l'opération par une suture en étage au catgut du péritoine et des muscles, et de la peau au crin. Point de ligatures; un drain dans la plaie cutanée lombaire, pansement à la gaze aseptique et au coton.

L'opération dura une heure et demie, retardée à chaque instant par les difficultés et la suspension de l'anesthésie. Chaque manipulation viscérale retentissait sur la respiration, et je ne compte pas les fois où j'ai cru voir survenir la mort. Je n'aurais certainement pas mené à bonne fin l'opération sans l'emploi des excitants ordinaires et surtout sans une injection hypodermique de 1.000 grammes de sérum artificiel.

Replacé dans son lit, le patient entra dans la forme éréthique du choc. Quand je le revis, quatre heures après l'opération, il était en proie à une agitation continue, sa pâleur était excessive, une sueur froide perlait au front; le pouls, tant soit peu meilleur que pendant l'opération, n'était vraiment sensible qu'à la suite des injections de sérum (1), la respiration donnait par minute 50 mouvements scandés chacun par un soupir, sans aucun signe de pneumothorax; il y avait du subdélirium sans abolition de l'intelligence, et la température axillaire baissait progressivement, d'abord à 35°5 puis à 34 degrés. Cependant la voix avait conservé sa force, il n'y avait ni hoquet, ni vomissements, ni nausées, mais de l'anurie et une sensation d'étouffement que rien ne put calmer.

Six heures après l'opération on s'aperçut que le pansement extérieur correspondant à la plaie lombaire était taché de sang: on fut obligé de comprimer cette plaie cutanée dont le sang ne cessait de suinter. Malgré l'injection de 2.500 grammes de sérum, le blessé expirait à 7 heures du soir, soit un peu moins de douze heures après sa tentative de suicide.

Autopsie. — Pratiquée vingt-deux heures après la mort. La putréfaction précoce décrite par les auteurs dans le choc faisait absolument défaut.

L'ouverture du thorax montra que la balle avait traversé le cartilage de la 7e côte en respectant la plèvre, le poumon, le péri-

(1) On put compter 116 pulsations.

carde. Le diaphragme était percé d'un trou rond, régulier, dans sa partie gauche.

Le péritoine contenait à peine un demi-verre de liquide hématique et point de caillots. Les sutures du foie avaient tenu bon. Mais ma surprise fut grande en constatant à la face inférieure du lobe gauche, une plaie méconnue, irrégulière, comme dilatée, longue de 4 centimètres et demi, large d'un centimètre, avec décollement sur les bords de la capsule de Glisson. C'était évidemment un trou de sortie de la balle, celle-ci ayant perforé de part en part le lobe gauche avant d'aller frapper la face inférieure du lobe droit qui n'avait reçu qu'une plaie en gouttière au lieu du trou de sortie supposé pendant l'opération.

Quant au rein droit, sa suture au catgut avait lâché sous la poussée de caillots accumulés dans la loge périrénale fort distendue, et au lieu d'un simple tunnel, creusé dans sa substance, je trouvai le rein divisé en deux à la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, avec des caillots interposés.

Réflexions. — Valait-il mieux opérer ou s'abstenir dans ce cas? Quand on me l'apporta, le blessé présentait un léger état de choc qui n'était pas assez marqué pour contre-indiquer une opération. D'ailleurs, l'hématurie, seul symptôme manifeste, plaidait en faveur d'une intervention, et il y avait des signes d'hémorragie intra-abdominale, sans compter ce que la direction présumée de la balle supposait de dégâts dans les viscères abdominaux.

J'ai fait d'abord une laparotomie médiane pour orienter mes investigations; je l'ai complétée par une laparotomie transversale quand j'ai aperçu des caillots qui me semblaient en rapport avec la lésion comme du rein.

Dans les sutures faites sur le foie, je me suis appliqué à suivre les règles édictées par M. le professeur Terrier. De ce côté l'hémostase a été bien faite, et les surjets de catgut sont restés bien en place. Cependant une plaie du foie, la plus importante, a été méconnue sans que cette erreur ait causé une hémorragie.

L'hémorragie rénale qui a achevé la division du rein amorcée par la balle a dû se faire secondairement par la pression excentrique des caillots accumulés. Si j'avais pu prévoir ce résultat, j'aurais complété l'opération par l'ablation du rein, ou bien encore, si tout surcroit d'opération m'eût été interdit par la gravité de l'état du blessé, j'aurais touché le trajet de la balle avec une solution d'adrénaline.

Le blessé est mort de choc associé à de l'hémorragie.

Rapports.

I. — Sur une observation intitulée : *Ostéo-sarcome de l'humérus propagé aux parties molles. Amputation interscapulo-thoracique ; survie de un an*, communiquée par M. le D[r] E. JEANBRAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

II. — Sur un travail intitulé : *la survie après amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes*, par les D[rs] E. JEANBRAU et V. RICHE (de Montpellier).

Rapport par M. BERGER.

I. — L'intéressante observation d'amputation interscapulo-thoracique que vous a communiquée M. le D[r] Jeanbrau confirme ce que nous savons de l'innocuité que présente cette opération et de la sécurité avec laquelle on peut la pratiquer même chez des malades fort affaiblis, dans des cas de tumeurs d'un volume considérable et ayant envahi au loin les parties molles.

Ce cas présente une fort grande analogie avec celui dont nous communiquions le résultat à la Société dans une de ses dernières séances (1). Dans l'un comme dans l'autre il s'agissait d'un sarcome ostéoïde, ayant pris naissance dans l'extrémité supérieure de l'humérus, ayant déterminé une fracture ou un décollement épiphysaire de cette extrémité, ayant envahi les parties molles tout autour de l'articulation, tout en respectant les surfaces diarthrodiales et la cavité articulaire elle-même. Mais chez notre opéré, la néoplasie constituée par des éléments polymorphes, survenue chez un sujet beaucoup plus jeune, ayant suivi un développement et une marche beaucoup plus rapides, ne laissait que des chances bien moindres de guérison durable; aussi notre malade guérie de son opération, succombait-elle un mois plus tard à des accidents résultant d'une généralisation thoracique préexistant à l'opération elle-même, mais latente. Celle de M. Jeanbrau ne devait succomber qu'un an après l'opération à des complications probablement analogues.

M. Jeanbrau, dans l'exécution de l'opération, a eu recours au plan opératoire que j'ai tracé et suivi le premier, dont M. Farabeuf et moi nous avons précisé les règles et que les nombreux chirurgiens qui ont eu recours à l'amputation interscapulo-thoracique depuis la publication de mon ouvrage (2) ont presque tous suivi. Il n'a eu qu'à s'en louer. La sécurité que confère à l'opéra-

(1) Séance du 12 avril 1905.

(2) L'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc. Paris 1887.

tion l'hémostase préalable obtenue par la section de l'artère et de la veine axillaires (ou sous-clavières) entre deux ligatures appliquées sur ces vaisseaux découverts par la résection de la clavicule, fait de l'ablation totale du membre supérieur une opération presque facile malgré les conditions imprévues qui résultent pour son exécution de la présence de la tumeur et de ses prolongements.

Dans l'observation de M. Jeanbrau, comme dans celles que je viens de communiquer à la Société de chirurgie, le choc opératoire ne s'est presque pas fait sentir, la réunion a pu être obtenue par première intention et, au bout d'une douzaine de jours, la guérison était complète. La facilité avec laquelle s'exécute l'opération, la simplicité de ses suites sont des raisons qui engagent à y recourir même dans des cas extrêmes et presque désespérés en apparence. La certitude sur laquelle le malade ne peut se faire illusion, que la perte du membre est déjà réalisée par les progrès de la tumeur, l'aide à en accepter le pénible sacrifice.

Il serait à désirer que pour s'y résoudre il n'ait pas attendu cette sorte de preuve. J'ai pu suivre, chez une jeune fille, le développement d'un sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus dès ses débuts; depuis l'origine jusqu'au moment où la malade a succombé aux progrès de la tumeur, j'ai supplié pour obtenir un consentement qui me fut toujours refusé. On ne saurait trop le répéter, ce que démontrent trop clairement des succès opératoires comme celui de M. Jeanbrau, comme le mien, c'est que c'est dès le début de l'apparition de la tumeur que l'amputation interscapulo-thoracique doit être proposée et exécutée pour les sarcomes proprement dits, globo et fuso-cellulaires, et pour des sarcomes ostéoïdes de l'extrémité supérieure de l'humérus.

II. — C'est ce qui ressort plus manifestement encore du travail de MM. Jeanbrau et Riche sur la survie que l'on obtient à la suite de l'amputation interscapulo-thoracique pratiquée pour les tumeurs malignes de l'épaule.

Pour savoir à quoi s'en tenir sur les résultats de cette opération, non seulement les auteurs ont rassemblé toutes les observations dont ils ont pu trouver la relation suffisamment détaillée dans les recueils périodiques, comptes rendus de sociétés savantes, etc., mais, afin d'en rechercher les suites éloignées, ils ont eu recours aux chirurgiens d'où procédaient ces observations pour obtenir d'eux des renseignements précis sur le sort ultérieur de leurs opérés. Grâce à cette collaboration de plus de soixante chirurgiens français et étrangers, MM. Jeanbrau et Riche ont pu recueillir 188 observations authentiques et pour la plupart complètes; cette statistique est donc une statistique de tout

repos qui permet d'exclure les causes d'erreurs qui entachent la plupart des travaux analogues. Elle permet d'arriver à des résultats certains, tant au point de vue de la gravité de l'amputation interscapulo-thoracique et de la proportion de mortalité qu'il faut lui attribuer, que pour apprécier son efficacité, c'est-à-dire les résultats durables qu'on est en droit d'en attendre, et la survie des opérés.

1° Sur les 188 opérations relevées par MM. Jeanbrau et Riche, 21 ont été suivies de mort, ce qui donne une mortalité globale de 11,1 p. 100 pour l'opération. Mais, faisant compte à part des résultats fournis par celle-ci avant 1887 et depuis cette époque, c'est-à-dire avant et après le moment où la technique de l'amputation interscapulo-thoracique a été définitivement réglée, les auteurs de cette statistique ont trouvé que la mortalité, qui avant 1887 atteignait 29,16 p. 100, depuis cette époque est tombée à 7,84 p. 100, et qu'elle pourrait même être réduite à 5,2 p. 100, si on éliminait quelques cas dans lesquels la mort n'avait pas été la conséquence de l'opération, mais des conditions par trop défavorables et constituant de véritables contre-indications dans lesquelles celle-ci avait été pratiquée.

Nous verrons un peu plus loin que la statistique de MM. Jeanbrau et Forgue, fondée sur des documents soumis à un contrôle rigoureux, peut conduire à des résultats plus intéressants encore au point de vue de la gravité de l'opération envisagée suivant les cas divers pour lesquels elle est pratiquée et au point de vue des indications qui en résultent. Nous nous bornerons pour le moment à faire observer que si l'amélioration des résultats opératoires obtenus depuis 1887 tient dans une grande mesure à l'adoption du procédé opératoire que j'ai proposé et décrit dans un ouvrage paru en 1887, elle est due aussi en bonne partie à l'adoption plus générale et à l'observation plus stricte des règles de l'asepsie chirurgicale.

2° Sur les 188 observations d'amputation interscapulo-thoracique pour tumeur de l'épaule qu'ils ont rassemblées, MM. Jeanbrau et Riche en ont trouvé 125 dans lesquelles la nature de la tumeur était établie par l'examen histologique. C'est de ces 125 observations, réunies en tableaux synoptiques, qu'ils se sont servis pour étudier la durée de la survie consécutive à l'opération, c'est-à-dire le bénéfice résultant, pour les malades, de l'opération qu'ils avaient subie :

Si de ces 125 cas on en défalque 10 où la mort est survenue à la suite de l'opération et 10 autres dans lesquels les opérés n'ont pas été suivis, il reste 105 cas d'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes de l'épaule suivies de guérison, sur lesquels :

61 étaient morts en octobre 1904,
22 étaient vivants de juin à octobre 1904,
22 auraient été perdus de vue, après avoir été suivis pendant un temps plus ou moins long, mois ou années.

Voici quelle a été la durée moyenne de la survie de ces opérés :

Pour les 61	opérés	morts en juin 1904 . .	21 mois environ.
— les 22	—	survivants en juin 1903.	5 ans et 2 mois.
— les 22	—	perdus de vue.	3 ans et 10 mois.

Ce qui donne une survie moyenne de 35 mois, c'est-à-dire de près de 3 ans pour les 105 opérés.

Les mêmes calculs pour 63 opérés pour néoplasmes qui n'ont pas été vérifiés histologiquement ont donné, pour ceux qui ont survécu à l'opération et qui ont pu être suivis, une survie moyenne de près de 3 ans.

Ainsi le résultat de cette statistique qui accuse seulement une mortalité de 5,2 p. 100 inhérente à l'opération, et une survie moyenne de 21 mois, pour ceux des opérés qui succombent ultérieurement à la récidive ou à la généralisation de la tumeur, une survie de 3 à 5 ans pour les autres, est d'autant plus encourageant que la plupart des sujets sur lesquels on pratique l'amputation interscapulo-thoracique n'acceptent cette opération que quand les progrès de la tumeur et la gravité apparente du mal leur en fait apparaître la nécessité comme absolument inévitable.

Ces résultats néanmoins présentent quelque chose d'incomplet et il nous semble qu'on pourrait pousser plus loin l'analyse des documents si consciencieusement recueillis par MM. Jeanbrau et Riche et exposés dans leurs tableaux.

Des tumeurs de diverses origines fournissent des indications à l'amputation interscapulo-thoracique; ce sont des tumeurs de l'humérus, de l'omoplate, quelques tumeurs des parties molles ou dont le siège primitif n'a pu être déterminé avec précision. Dans une communication faite au Congrès français de chirurgie, en 1902, j'ai déjà insisté sur la différence essentielle qui existait entre la gravité de l'amputation interscapulo-thoracique suivant qu'elle était pratiquée pour les tumeurs de l'humérus ou pour celles de l'omoplate; j'évaluais à 4,34 p. 100, d'après l'ensemble des faits connus, la mortalité de la première, à 25 p. 100, chiffre plus de 5 fois plus fort, la mortalité de la seconde.

D'autre part, au point de vue des résultats éloignés et de la survie consécutive à l'opération, le siège primitif de la tumeur peut n'être pas sans importance, mais la nature de la néoplasie, la place qu'elle occupe dans la classification des tumeurs en possède une bien plus considérable ; il est certain qu'on ne peut attendre

les mêmes résultats définitifs d'opérations pratiquées pour des sarcomes globo ou fuso-cellulaires, des sarcomes ossifiants ou ostéoïdes, des tumeurs à myéloplaxes ou des chondromes. Or, toutes ces variétés de tumeurs sont englobées par MM. Jeanbrau et Riche dans l'appréciation des résultats fournis par l'amputation interscapulo-thoracique.

Profitant du matériel considérable d'observations que ces auteurs ont mis à notre disposition, nous avons été curieux de rechercher quelles étaient les différences que présentaient, dans leurs résultats, les opérations pratiquées pour des tumeurs de l'humérus, celles pratiquées pour des tumeurs de l'omoplate, celles motivées par des tumeurs de siège indéterminé, les tumeurs des parties molles, les tumeurs malignes diverses. Nous avons tenu à distinguer, parmi les résultats éloignés, d'abord ceux qui sont fournis par les opérations pratiquées pour des sarcomes, de celles pratiquées pour des chondromes. Pour cette recherche, nous nous sommes exclusivement fondés sur les observations, au nombre de 125, de tumeurs vérifiées histologiquement et dont l'indication se trouve dans les tableaux correspondants du travail que nous analysons ; nous y avons ajouté trois observations personnelles dans lesquelles l'examen histologique de la tumeur a été pratiqué, deux sarcomes et un chondrome, dont l'une a été communiquée au Congrès français de chirurgie, en 1902, dont les deux autres ont été l'objet d'une communication récente à la Société de chirurgie. Nous ne voulons pas insister sur le détail de ces calculs : voici, en résumé, le résultat très intéressant auquel ils nous ont conduit.

A. — Au point de vue de la mortalité,

a) l'amputation interscapulo-thoracique pratiquée pour les tumeurs de l'humérus a donné :

Sarcomes de l'humérus . .	64 cas.	Morts, 2	Mortalité, 3,12 p. 100.
Chondromes de l'humérus.	9 cas.	— 0	

Mortalité de l'opération pratiquée pour 73 cas de tumeurs de l'humérus : 2,75 p. 100,

b) pratiquée pour les tumeurs du scapulum.

Sarcomes	20.	Morts, 5.	Mortalité 25 p. 100.
Chondromes. . .	1.	— 0.	

Mortalité de l'opération pratiquée pour les tumeurs de l'omoplate : 23,80 p. 100.

c) L'amputation interscapulo-thoracique pratiquée pour des tumeurs de siège primitif indéterminé, tumeurs des parties

molles, des ganglions, pour des tumeurs malignes diverses, a donné :

Opérations, 34. Morts, 4 ; mortalité, 11,76 p. 100.

Il ressort de la manière la plus manifeste de ces chiffres que la mortalité opératoire de l'amputation interscapulo-thoracique, presque nulle (2,75 p. 100) quand l'opération est pratiquée pour des tumeurs de l'humérus, a une gravité infiniment plus grande (11-25 p. 100) quand elle est indiquée pour des tumeurs ayant leur siège primitif, soit à l'omoplate, soit dans les parties molles.

B. — Au point de vue de l'efficacité de l'opération et de la survie des opérés :

1° Les opérations pour sarcomes, ont donné les résultats suivants :

a) Les sarcomes de l'humérus ont fourni 48,38 p. 100 de récidives et de généralisations constatées un temps plus ou moins long après l'opération, 38,90 p. 100 de cas dans lesquels l'opéré est encore sans récidive ou a été suivi des mois et des années et perdu de vue sans que la récidive soit survenue.

b) Les sarcomes de l'omoplate ont donné 66,66 p. 100 de récidives ou de généralisations : 33,33 p. 100 de cas où la récidive n'a pas été observée.

c) Les tumeurs de siège indéterminé, les tumeurs des parties molles, etc., ont donné le même chiffre de récidives, soit 66,66 p. 100 de récidives et de généralisations post-opératoires, et 23,33 p. 100 de survies plus ou moins prolongées sans récidives connues.

Il semble donc résulter encore de ces faits qu'au point de vue des résultats éloignés, l'amputation interscapulo-thoracique pratiquée pour les tumeurs de l'humérus présente une grande supériorité sur celle qui a pour cause les tumeurs du scapulum, celles de l'aisselle ou des parties molles.

2° Les opérations pour chondromes n'ont donné lieu qu'à une récidive sur neuf amputations pratiquées pour des chondromes de l'humérus. — C'est à ce genre d'opérations qu'appartiennent les plus longues survies, 15 ans, Berger, Chavasse ; 13 ans, Körte ; 10 ans et plus, Ochsner ; 7 ans et plus, Madelung, Schwartz. Pourtant dans quelques cas de sarcomes on a observé une survie de 13 ans (Ochsner), de plus de dix ans (Roth, Küster), de plus de 9 ans (Helferich, Houzel, Park). L'opération a aussi donné lieu à des résultats durables dans les cas de tumeurs à myéloplaxes (Armstrong, Keen, Bowker, Barling) ; la survie a été également de plus de 7 ans dans un cas de myxo-sarcome (Berger) où la guérison persiste encore aujourd'hui.

L'amputation interscapulo-thoracique est justifiée, en cas de chondromes de l'humérus, par les récidives fréquentes et de plus en plus graves qui font suite aux extirpations locales par des opérations économiques ; deux des faits que nous avons observés et communiqués à la Société de chirurgie en sont de frappants exemples : dans l'un le sujet avait subi quinze ans auparavant l'amputation de l'avant-bras pour un chondrome de la main ; dans l'autre six ou sept tentatives d'extirpation successives et de plus en plus rapprochées avaient été pratiquées et suivies de récidives. Il en avait été de même dans les cas de Madelung et de Morestin.

En résumé les faits si consciencieusement recueillis par MM. Jeaubrau et Riche confirment ce que nous savions : c'est que l'amputation interscapulo-thoracique est une excellente opération d'une exécution facile et sûre, n'exposant qu'à des chances de mort très peu nombreuses, donnant un assez grand nombre de résultats durables et même quelques guérisons définitives, même en cas de tumeurs malignes, assurant dans la majorité des cas, avec un soulagement immédiat, une survie assez prolongée pour que l'opéré puisse bénéficier de celui-ci d'une manière appréciable. Ils confirment ce que j'ai depuis longtemps reconnu et affirmé, c'est que l'indication la plus favorable pour cette opération est fournie par les tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus quand celles-ci sont reconnues et que le sacrifice du membre est accepté à temps; pratiquée dans ces conditions, l'amputation interscapulo-thoracique jouit d'une innocuité presque absolue et permet d'espérer un résultat tout au moins très durable.

M. Kirmisson. — Pour ma part, je n'ai eu l'occasion que de pratiquer deux amputations interscapulo-thoraciques, l'une dans un cas de traumatisme qui n'a rien à faire avec le débat actuel ; l'autre, chez un jeune garçon d'une dizaine d'années atteint d'un volumineux ostéosarcome de l'humérus gauche. Chez lui, la récidive a commencé à se montrer à la partie inférieure de la cicatrice, au bout de six mois ; à ce propos, je demanderai à M. Berger s'il a cherché, dans sa statistique, à établir le pronostic d'après l'âge des malades. Il me semble, d'après les faits que j'ai pu observer jusqu'ici, que le pronostic de l'ostéosarcome est particulièrement grave chez les enfants.

M. Berger. — Je crois, en effet, que chez l'enfant les cas de survie sont plus rares. On trouvera dans la statistique de MM. Jeanbrau et Riche tous les documents suffisants pour établir cette détermination.

M. Schwartz. — J'ai fait, il y a huit ans, l'opération de M. Berger

pour un chondrome de l'humérus. Je l'ai revue quatre ans après; je sais qu'elle est restée guérie.

M. BERGER. — Votre observation est comprise dans ma statistique de chondrome.

Présentations de malades.

Résultat d'une amputation de cuisse pour gangrène de la jambe, chez un typhoïdique dont les vaisseaux fémoraux étaient oblitérés.

M. A. MIGNON. — La dernière communication de M. Arrou vous a conduits à parler du résultat des amputations des segments de membre dont les artères principales sont oblitérées; et plusieurs cas vous ont été rapportés où la cicatrisation du moignon s'est faite sans accidents.

Je me permets de vous présenter ce malade, âgé de vingt-deux ans, dont l'observation s'ajoute aux cas heureux de MM. Arrou, Routier, Guinard et Tuffier.

Il a eu, un mois après le début d'une fièvre typhoïde, une gangrène du pied et de la jambe gauches. Quand on le fit passer, le 14 novembre 1904 dans mon service, M. Jacob qui me remplaçait se borna à faire la séparation du mort et du vif en passant le couteau dans l'interligne fémoro-tibial. Mon collègue pratiqua l'amputation à la Celse pour aller aussi vite que possible, et éviter au patient un choc opératoire que la faiblesse du cœur aurait rendu dangereux. M. Jacob ne fit aucune ligature.

Deux mois après cette amputation, quand je vis le malade, je le trouvai dans un état des plus graves. Le moignon était le siège d'une hyperesthésie qui en rendait les pansements presque impossibles. Le cartilage des condyles fémoraux tombait en sphacèle et les téguments étaient rétractés sur une hauteur de trois travers de doigt. La peau de toute la cuisse avait une couleur violacée, la fémorale ne battait plus et une ulcération trochantérienne gauche de la largeur de la paume de la main semblait s'étendre progressivement. Avec cet état local, une émaciation considérable, de la fièvre, de l'insomnie et un pouls aussi arythmique que possible. Tout semblait menacer le malade.

Je crus que l'amputation de la cuisse, malgré sa gravité apparente, était seule capable de le sauver.

Je coupai les téguments au ras de la partie sphacélée afin de raccourcir le moins possible le fémur et de ne pas me rapprocher de l'ulcération trochantérienne.

J'employai le procédé mixte de Sédillot qui a l'avantage d'être économique.

Je ne m'occupai nullement des vaisseaux et opérai à peu près comme sur le cadavre.

Aucune artère ne donna un jet de sang. La fémorale était transformée en un cordon solide. La tranche des muscles suinta un peu en nappe et ce fut tout.

La guérison se fit sans incidents : les douleurs du malade cessèrent aussitôt après l'amputation; le moignon se cicatrisa, comme si l'on avait opéré sur un membre récemment traumatisé; et peu à peu l'état général se releva pour devenir ce que vous le voyez.

Vous pouvez constater la bonne qualité du moignon. Il est souple et sans changement de coloration des téguments. L'ulcération trochantérienne est cicatrisée. L'artère fémorale continue à être imperméable. On n'en sent pas les battements.

C'est le second cas d'amputation que j'ai fait de la sorte : le premier se rapporte à un vieillard qui avait un sphacèle remontant jusqu'au coude. J'ai coupé le bras à la partie moyenne, sans qu'aucun vaisseau ne saignât en jet; et cependant la guérison eut lieu normalement.

Les faits qui vous ont été rapportés prouvent que la réparation d'un moignon, même dans les plus gros segments de membre, se fait sans la perméabilité des troncs artériels, pourvu qu'il n'y ait pas d'infection. Pas n'est besoin de désobstruer les gros vaisseaux. A quoi sert d'ailleurs de rendre la perméabilité au tronc d'une artère, si ses branches collatérales restent elles-mêmes imperméables?

M. Hartmann. — Je crois que les cas analogues à celui que vient de nous présenter M. Mignon iront en se multipliant. Pour ma part, j'ai eu dans ces dernières années l'occasion de faire trois amputations de cuisse pour gangrène, toutes trois suivies d'un excellent résultat.

L'une d'elles était absolument comparable au cas que vient de nous présenter M. Mignon. Il s'agissait d'un malade qui, au décours d'une variole, présenta des signes d'artérite de la fémorale et vit se développer une gangrène du membre. La réunion par première intention et sans la moindre complication eut lieu.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme atteinte de goitre exophtalmique qui présenta brusquement des accidents gangreneux du membre à la suite d'une embolie de la poplitée. Chez cette femme, la gangrène était très nettement limitée et respectait le territoire de la grande anastomotique. J'obtins de même une guérison par première intention.

Mon troisième malade m'inspirait, avant l'opération, des craintes

considérables et que la suite des faits montra injustifiées. Depuis plusieurs années il avait eu une série de phénomènes d'oblitération vasculaire progressive, claudication intermittente, etc., finalement gangrène de la jambe. Il était impossible de trouver le moindre battement au niveau de la fémorale. Je fis l'amputation sans avoir une ligature à placer. La réunion par première intention fut obtenue sans le moindre sphacèle du lambeau.

Ces guérisons complètes, sans gangrène du moignon, seront obtenues sans la moindre ablation de caillot, sans le moindre cathétérisme artériel si l'on opère aseptiquement. Chez ces malades dont la circulation est tout juste suffisante pour assurer la nutrition des tissus, il est important que rien ne vienne la perturber. Il faut donc qu'il n'y ait pas la plus légère inflammation, partant pas la moindre infection; il faut de plus éviter les antiseptiques qui peuvent mortifier superficiellement les tissus.

M. Berger. — Le 31 octobre 1902, mes collègues Labadie-Lagrave et Gosset voulurent bien me consulter pour un homme d'une cinquantaine d'années qui était atteint de gangrène par artérite de la jambe. Les urines de ce malade renfermaient une notable quantité de sucre, la température atteignait près de 40 degrés, l'état général était très alarmant. Je déclarai l'amputation de la cuisse nécessaire, et ces messieurs ayant bien voulu m'en confier le soin, je la pratiquai le lendemain matin 1er novembre. La température tomba aussitôt, la cicatrisation se fit par première intention et le blessé, pourvu d'un excellent moignon, est encore vivant aujourd'hui.

Le 29 septembre 1903, mon ami le Dr Savreux-Lachapelle m'appela auprès d'un homme âgé de plus de cinquante ans, chargé d'embonpoint, et atteint d'un diabète intermittent très prononcé. Il présentait une gangrène humide du pied droit remontant jusqu'au tiers inférieur de la jambe. L'état général était encore assez bon et il n'y avait pas de fièvre. Je pratiquai l'amputation de la cuisse droite au tiers supérieur le 1er octobre 1903. L'opéré guérit sans complication aucune, mais quoique la réunion par première fût à peu près complète, il conserva une fistulette conduisant sur quelques séquestres qui furent extraits près d'un an après par le Dr Barbarin et par moi. Cet opéré jouit toujours d'une bonne santé, mais il ne se sert guère de son moignon qui cependant est en bonne forme.

Le 24 avril 1904, j'allai voir à Villeneuve-Saint-Georges un malade que soignait le Dr Aviragnet et qui était atteint depuis longtemps de diabète; il présentait une gangrène par artérite de tout le pied; le sphacèle commençait à envahir la jambe. Le malade

était affaibli au plus haut point, la température était fort élevée, la langue sèche, et il existait une petite escarre au talon du côté opposé. Malgré l'état grave que présentait ce malade, encouragé par les exemples précédents, je pratiquai sur lui l'amputation de la cuisse dès le lendemain avec l'aide de M. le Dr Rochard. Quoique l'opération ait été faite avec toute la rapidité possible (elle ne dura que vingt minutes, hémostase et réunion comprises), l'opéré succomba dans l'après-midi.

J'ai été en outre consulté par M. le Dr R... pour un garde-chasse qui avait une gangrène par artérite du pied et de la partie inférieure de la jambe; je conseillai l'amputation de la cuisse qui fut pratiquée par mon distingué confrère; le malade guérit, il est encore en vie, mais il souffre toujours d'intolérables accès douloureux; le moignon cependant est bon et bien constitué.

Mon collègue et ami C... a bien voulu me demander mon avis sur un de ses amis, diabétique et atteint d'une gangrène humide du pied et de la jambe. Nous convînmes de pratiquer l'amputation de la cuisse qui fut quelques jours après exécutée par M. C... L'opéré guérit, je ne sais ce qu'il est devenu depuis.

Voici les cas que depuis deux ans ou un peu plus j'ai réuni de gangrènes par artérite le plus souvent observés chez des diabétiques et pour lesquels j'ai pratiqué ou conseillé l'opération : un seul a succombé; la gangrène dont il était atteint était une vraie gangrène diabétique, elle menaçait déjà le membre opposé. Les autres cas concernaient plutôt des gangrènes par artérite chez les diabétiques que des gangrènes diabétiques proprement dites.

J'ai toujours en pareil cas proposé délibérement l'amputation de la cuisse et non l'amputation de la jambe au lieu d'élection.

M. Paul Reclus. — Le fait que signale M. Routier, la guérison rapide de l'amputation malgré l'oblitération des artères, l'absence d'écoulement sanguin après la section des vaisseaux, me paraît presque la règle et j'ai très présentes à l'esprit deux assez récentes observations où c'est ainsi que les choses se sont passées. Dans un premier cas je dus couper l'avant-pied pour une grangrène de deux orteils; il n'y eut pas une goutte de sang et je m'imaginais que mon lambeau était destiné au sphacèle rapide; il n'en fut rien et la réunion immédiate fut parfaite. Au bout de quelques mois cependant la mortification recommença : amputation de jambe, cette fois encore exsangue, et guérison rapide. Deux ans après gangrène du moignon : amputation de cuisse; les vaisseaux ouverts ne donnent pas de sang, mais la réunion primitive est obtenue. Autre exemple. L'année dernière j'ai opéré un monsieur d'une cinquantaine d'années ayant une gangrène par artérite du gros orteil. Je fis

l'amputation du pied, il n'y eut pas de sang. Mais cette fois, au septième jour, lorsque je fis le premier pansement, je trouvai un liséré gangreneux qui le lendemain avait grandi rapidement et je proposai l'amputation de cuisse; elle fut acceptée. J'ouvris les vaisseaux artériels de la cuisse sans qu'aucun donnât une goutte de sang. Malgré cela la réunion immédiate s'obtint. Au bout d'un mois l'opéré faisait une chute dans un escalier et tombait sur son moignon; le lendemain je vis une plaque ardoisée; je craignais une gangrène; c'était une ecchymose et à l'heure actuelle notre opéré mène à Paris une vie très active.

Cancer du sein traité par la méthode de Doyen. Apparition rapide de plaques de carcinose cutanée diffuse. Erythème purpurique. Aggravation notable de l'état général.

MM. Chaput et Eschbach. — Mme A..., soixante ans, a vu apparaître une tumeur dans son sein droit en août 1904. Elle entra dans mon service en novembre 1904; elle portait alors une énorme tumeur du sein (cancer en masse); comme elle était en outre obèse, à court de souffle, artério-scléreuse et peu résistante, je déconseillai l'opération.

Le Dr Récamier, consulté ensuite, fut du même avis.

Elle alla consulter M. Doyen le 26 novembre.

Celui-ci lui fit d'abord quatre injections de son sérum et l'opéra ensuite le 3 décembre (1904).

Après l'opération, la malade reçut tous les trois jours des piqûres de sérum anticancéreux, jusqu'au 24 mars 1905. Elle reçut en tout vingt injections après l'opération.

A partir du 24 mars, la malade refusa de subir de nouvelles injections parce qu'elle constata, le 28 mars, l'apparition d'un vaste érythème sur la poitrine, et que ses forces, très diminuées depuis le traitement par le sérum, fléchirent subitement d'une manière accentuée.

Les piqûres étaient pratiquées à la fesse droite; elles étaient accompagnées de l'apparition immédiate d'une sensation spéciale au niveau du sein, ressemblant à celle que produirait une injection de liquide; elle signala le fait à M. Doyen qui déclara que c'était de bon augure.

A l'entrée à Boucicaut, au 1er avril 1905, on constate à la place du sein droit une longue cicatrice de 15 à 18 centimètres de long, rouge vif, couverte d'ulcérations et de croûtes purulentes. La cicatrice est le centre d'un foyer d'érythème très foncé, purpurique, s'étendant à droite jusque vers la clavicule et au bord postérieur

de l'aisselle. A gauche, elle recouvre tout le sein correspondant; en bas, elle dépasse l'appendice xiphoïde; on trouve au-dessous un intervalle de peau saine, puis une nouvelle plaque rouge sus-ombilicale horizontale, haute de quatre travers de doigt et très longue.

La cicatrice cutanée est dure et adhérente aux parties profondes, et lisse sur une largeur de quatre à cinq travers de doigt. Elle est bordée en haut d'une zone de cinq travers de doigt au niveau de laquelle la peau est dure, mamelonnée, envahie par la carcinose diffuse. Au-dessous de la cicatrice existe une autre zone de carcinose longue de 20 centimètres et large de 5 à 6. Sur les limites de cette zone on voit de petits noyaux de carcinose cutanée, disséminés. La malade ne peut donner de renseignements sur la date d'apparition de la carcinose cutanée. Au delà de ces zones, la rougeur s'efface à la pression.

Le sein gauche présente de la rétraction du mamelon, due peut-être au gonflement occasionné par l'érythème; le sein ne paraît pas dégénéré.

Le facies est plombé, très altéré, la malade a beaucoup maigri, elle est très affaiblie, la température est normale.

Le 3 avril, l'érythème a notablement pâli dans les régions qui entourent la cicatrice, mais celle-ci reste très rouge.

Au 5 mai, l'érythème persiste encore; il a été envahi autour de la plaque cancéreuse par des noyaux ou des plaques épithéliales.

Réflexions. — Cette observation peut se résumer de la façon suivante :

Cancer en masse du sein, avec peau adhérente, mais sans carcinose cutanée; opération le 3 décembre 1904 suivie de vingt injections de sérum de Doyen. Aggravation de l'état général, érythème purpurique, apparition rapide de carcinose diffuse cutanée et d'induration carcinomateuse de l'aisselle.

L'érythème me paraît être un érythème toxique occasionné par le sérum et comparable aux éruptions causées par le sérum antidiphtérique. L'avenir nous apprendra si cet érythème n'est pas une forme aiguë de lymphangite cancéreuse.

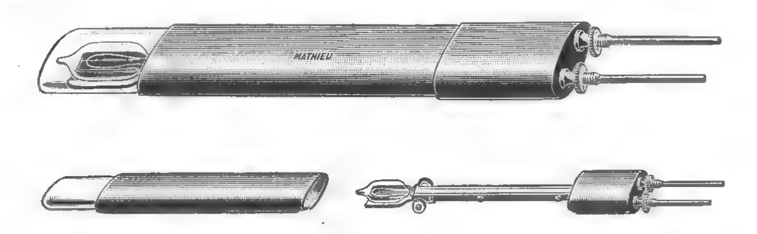
Le sérum de Doyen ne paraît avoir eu que des inconvénients dans l'espèce. L'opération a été suivie d'une récidive rapide, comme je l'avais prévu, et le sérum Doyen n'a rien empêché, ni même retardé. Par contre, il a occasionné un érythème toxique très étendu avec aggravation notable de l'état général de la malade. Actuellement encore, l'érythème persiste et paraît favoriser l'exsention de la carcinose cutanée.

Présentation d'instrument.

Lampe stérilisable pour éclairage des sinus.

M. Pierre Sebileau présente une lampe à éclairage des sinus de la face imaginée par son collègue le Dr Lombard.

Cet instrument réunit les avantages suivants : 1° éclairage intense ; 2° propreté et stérilisation faciles. Il se compose : 1° d'un tube plat en verre fermé à une extrémité, destiné à recevoir l'appareil d'éclairage et à le protéger de tout contact ; 2° d'une chemise en métal nickelé pour empêcher la diffusion des rayons lumineux le long des parois du tube de verre : cette diffusion gênerait



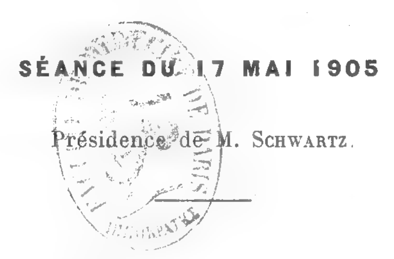
considérablement l'examen ; 3° d'un appareil d'éclairage s'adaptant à frottement sur la chemise métallique. Cet appareil est complètement indépendant du tube de verre protecteur et de sa chemise. Il est retiré au moment de la stérilisation.

La lampe qui en est la partie essentielle est une lampe plate dont le filament mesure 15 à 18 millimètres de longueur. Elle ne détermine qu'un échauffement très minime malgré sa grande puissance éclairante. Le filament ordinaire est ici remplacé par un filament formé d'un mélange de rhodane et de zirconium dont l'incandescence ne s'accompagne pas d'un grand rayonnement de chaleur. Elle donne une intensité lumineuse très grande à la tension de 6 volts.

Le Secrétaire annuel,
Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 17 MAI 1905



Présidence de M. Schwartz.

M. le Président fait observer que le Bulletin hebdomadaire de la Société n'a pu paraître en temps voulu cette semaine, parce que les membres qui ont pris la parole ont négligé d'envoyer à temps leur manuscrit à l'imprimerie. Il prie ses collègues de vouloir bien être très exacts pour ces envois. Le Bulletin devant paraître à jour fixe, les manuscrits qui n'arriveraient pas à temps à l'imprimerie ne seraient pas insérés.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un *Manuel technique de Massage*, adressé à la Société par M. J. Brousses.

A propos de la correspondance.

M. Kirmisson dépose sur le bureau de la Société, au nom de M. Barnsby, un travail intitulé : *Extraction de deux corps étrangers de l'œsophage, au moyen du crochet de Kirmisson.*

M. Michaux apporte deux observations de M. Bergugnat (d'Argelès), intitulées : *Corps étrangers de l'œsophage.*

Rapports.

Corps étranger de l'estomac. Gastrotomie. Guérison, par M. le Dr G. Godineau (d'Angoulême).

Rapport par M. J.-L. FAURE.

Notre confrère M. le Dr Godineau nous a envoyé une intéressante observation de corps étranger de l'estomac, traité et guéri par l'incision de l'estomac et l'extirpation directe du corps étranger.

Voici cette observation :

Eugénie D..., âgée de six ans, atteinte d'angine diphtérique, est vue par le Dr S..., qui laisse à la mère de l'enfant le soin de faire des irrigations buccales avec un bock muni d'une canule en ébonite, du modèle de celles que l'on emploie couramment pour les injections vaginales.

A la première irrigation, l'enfant mord sa mère et se débat avec une telle violence que, dans la lutte, la canule se détache du tube en caoutchouc et est déglutie.

Nous fûmes mis au courant de l'accident; mais le tube digestif ne montrant aucune intolérance, ni douleurs, ni vomissements, l'enfant ne nous fut amenée que quatorze jours après, l'enfant étant guérie.

Examen. — La minceur de la paroi abdominale et l'absence de douleurs permettaient de sentir la canule avec netteté. Son extrémité arrondie se trouvait superficiellement à 2 ou 3 centimètres à droite de l'ombilic. Son axe se dirigeait vers l'épigastre en s'inclinant un peu à gauche de la ligne médiane, mais de plus en plus profondément; si bien que l'extrémité évasée ne pouvait pas être sentie au-dessous du rebord costal gauche. L'extrémité de la canule ne pouvait être déplacée que vers la gauche, de quelques centimètres seulement, et reprenait immédiatement sa position primitive dès que la pression avait cessé. Cette position n'avait guère varié depuis les premiers jours, au dire du médecin traitant; l'extrémité avait seulement été sentie quelquefois un peu plus à droite.

La percussion délimitait un estomac dont la grande courbure était abaissée, et le corps étranger était sans aucun doute arrêté dans l'estomac.

La famille finit par accepter une opération qui fut faite, dix-neuf jours après l'accident.

Opération 5 avril 1905. Laparotomie. Chloroforme. — Incision verticale de 5 cent. dont le milieu contourne l'ombilic à gauche. L'épiploon poussé dans un effort de toux est maintenu par une compresse, et la grande courbure de l'estomac soulevée par le bout arrondi de la canule se présente dans la plaie. La partie inférieure de l'estomac est attirée dans la plaie et le péritoine protégé par des compresses. L'aide détermine un pli horizontal sur la face antérieure, près de la grande cour-

bure, et le sommet du pli est incisé sur une longueur de 2 centimètres. Cette incision passe entre les veinules très apparentes qui se rendent à la gastro-épiploïque droite; la muqueuse seule donne quelques gouttes de sang. La canule saisie avec une pince est extraite facilement; son extrémité supérieure dirigée en haut et à gauche était logée dans la grosse tubérosité. Un examen rapide ne décèle pas de lésions de la muqueuse près de la grande courbure. Une pince courbe à mors très élastiques ferme alors l'estomac, à quelque distance de l'incision, et deux surjets au fil de lin et à l'aiguille de modiste ferment la plaie; le premier surjet comprenant toute l'épaisseur de la paroi et le second ne perforant pas la muqueuse. L'estomac abandonné à lui-même remonte alors vivement vers la région épigastrique, ce qui prouve que la canule n'a pu se loger dans cette position qu'en déprimant et abaissant fortement la grande courbure. *Pas de drainage.* Catgut n° 4 sur les plans profonds. Crins de Florence sur la peau. Pansement sec à la gaze stérilisée.

L'opération a été rapide et la petite malade, quoique pâlotte et amaigrie, a bien supporté le chloroforme.

La canule en ébonite noire, légèrement courbe, longue de 15 centimètres et grosse comme le petit doigt, n'a subi aucune altération par le contact du suc gastrique pendant dix-neuf jours.

Suites opératoires. — Dans la soirée, l'enfant a trois vomissements; un lavement alimentaire est gardé.

Pendant la nuit et la matinée suivantes, quatre petits vomissements aqueux, malgré l'ingestion de petits fragments de glace. Un lavement alimentaire n'est pas gardé. On donne alors, vingt-huit heures après l'opération, du lait et du café, qui sont bien supportés.

8 *avril.* L'enfant tousse depuis l'opération et le facies est toujours fatigué. T. 37 degrés. Pouls 110. La voix est plus forte. 200 grammes de sérum artificiel. Les jours suivants l'état général s'améliore rapidement, la toux disparaît et l'enfant ne se plaint que de quelques douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs qui disparaissent après l'expulsion d'un gros lombric.

14 *avril.* Les crins sont enlevés le neuvième jour. La plaie est réunie parfaitement, l'abdomen est souple et la cicatrice indolore. L'enfant s'alimente bien.

26 *avril.* Le vingt et unième jour, l'enfant se lève. Elle paraît bien rétablie de sa diphtérie et de l'opération.

C'est donc un beau succès, mais qui tire surtout son intérêt des conditions particulières dans lesquelles il a été obtenu.

Il s'agit en effet d'une enfant qui, au moment de l'accident, était en pleine diphtérie.

Notre confrère pense que s'il eût été appelé plus tôt le corps étranger étant, par sa nature même, peu offensif et bien toléré, il eût attendu jusqu'à la fin de la maladie pour intervenir. Je crois qu'il eût sagement agi, et le succès qu'il a obtenu après une inter-

vention au dix-neuvième jour montre que l'expectation n'a pu être que favorable. Il dit aussi que si le corps étranger eût été pointu et dangereux, il serait intervenu d'emblée, le plus tôt possible, malgré l'évolution de la diphtérie. C'est aussi mon avis, et je ne saurais qu'approuver en tous points la conduite qu'il a tenue.

J'approuve également le choix qu'il a fait de la ligne médiane pour son incision. Dans une opération comme celle-ci, où il y a toujours une phase d'exploration, l'incision médiane me paraît la meilleure.

Je crois qu'il faut réserver l'incision sous-costale gauche de Labbé à la gastrostomie. Elle permet l'établissement de la bouche gastrique aussi haut que possible sur la grosse tubérosité, loin de la grande courbure, et doit par ce fait être préférée. Mais pour une exploration gastrique qui doit être, comme dans un cas de corps étranger, suivie d'incision, l'incision médiane vaut mieux.

Je vous propose donc d'adresser nos remerciements à M. Godineau pour l'observation qu'il nous a envoyée, et de le féliciter en même temps pour ce beau succès opératoire et thérapeutique.

Hémarthrose du genou, symptomatique de la présence d'un corps étranger articulaire, par M. le médecin principal ISAMBERT.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Notre distingué collègue de l'armée, M. le médecin principal Isambert, médecin en chef de l'hôpital du Camp de Châlons, qui a adressé à diverses reprises à notre Société d'intéressantes observations, nous a envoyé récemment une observation d'hémarthrose du genou symptomatique de la présence d'un corps étranger articulaire, et vous m'avez chargé de vous présenter un rapport.

Voici le résumé de cette observation.

Le canonnier D..., le 18 février 1903 s'est tordu légèrement le genou droit *en montant à cheval*; au bout de peu d'instants ce genou s'est tuméfié au point de l'obliger à interrompre son service.

Dès le lendemain, il fut envoyé à l'hôpital, où la présence d'une hémarthrose du genou a été reconnue. L'articulation était distendue, le membre dans la demi-flexion, la rotule soulevée.

L'appareil ligamenteux est intact. Pas de signes d'entorse; la palpation et les mouvements communiqués n'amènent aucune douleur.

La ponction pratiquée de suite donne issue à une centaine de grammes de sang mélangé de synovie.

Après cette petite intervention, M. Isambert examina avec soin l'articulation malade et s'appliqua à rechercher la cause de cette hémarthrose subite survenue sans traumatisme extérieur.

Il reconnut par l'exploration des surfaces articulaires accessibles à la palpation un corps étranger aplati, de forme arrondie, un peu allongé, appliqué sur la face antérieure du condyle interne du fémur, non loin du bord rotulien et son bord inférieur affleurant à l'interligne articulaire.

Presque immobile dans le sens vertical, il se laissait déplacer assez facilement en dedans et surtout en dehors, vers la rotule, derrière laquelle il disparaissait dans les mouvements de flexion du genou.

Ce corps étranger n'avait jamais d'ailleurs provoqué de douleurs ni de gêne fonctionnelle du membre, et le malade en ignorait l'existence.

D... ne présente aucune tare héréditaire ou acquise. Il est très robuste et d'excellente constitution.

La reproduction du liquide nécessite une seconde ponction, d'où ne se sont écoulés que quelques grammes de liquide synovial teinté.

L'extraction du corps étranger fut pratiquée le 14 avril, en présence de M. le médecin principal Grivet et de M. le médecin-major Collin.

L'arthrotomie conduisit sur un disque osseux situé immédiatement derrière la capsule articulaire à laquelle sa face externe était adhérente ; celle-ci était rugueuse, tandis que la face profonde en contact avec le liquide synovial offrait l'aspect et la consistance d'une facette articulaire.

Cette petite production osseuse ne put être extraite qu'au prix d'une brèche à l'enveloppe capsulaire suivie de la section des replis synoviaux la reliant à la séreuse articulaire.

La guérison fut rapide et le malade ne s'est jamais ressenti des suites de son accident.

L'artrophyte mesure 2 cent. 1/2 de longueur sur 15 millimètres dans sa plus grande largeur avec 1/2 centimètre d'épaisseur moyenne.

L'examen histologique, pratiqué par M. le médecin-major Lanel, a donné lieu aux constatations suivantes :

« La face libre, cartilagineuse, paraît présenter en deux points très petits un début d'ossification. La face d'insertion est cellulo-fibreuse, d'aspect velvétique.

« A l'examen histologique, on rencontre en allant de la première à la seconde :

« *a*) Une lame de cartilage hyalin de 0 m. 0025 d'épaisseur sans épithélium. Les capsules emboîtées, pluricellulaires, sont disposées d'abord parallèlement à la surface et plates; dans la profondeur, elles forment des séries perpendiculaires à cette surface.

« *b*) Une couche fibro-conjonctive avec nombreuses fibrilles élastiques et quelques vaisseaux. Du côté du cartilage, elle est dense, adhérente; du côté de la face d'insertion, elle est plus lâche.

« En somme, en son centre, cette plaque est du cartilage pur.

« En se rapprochant des bords arrondis de la plaque on trouve que la lame cartilagineuse peu à peu est recouverte par une membrane assez épaisse présentant les caractères d'une synoviale. »

Messieurs, c'est la troisième observation de ce genre que M. Isambert adresse à notre Société.

Dans une première observation, sur laquelle M. Félizet fit un rapport le 13 février 1895, l'hémarthrose s'était produite à la suite d'une descente un peu brusque d'une butte de terre de 2 m. 50.

Dans la deuxième observation, je vous fis moi-même un rapport le 5 octobre 1898; l'épanchement s'était produit sans accident appréciable, et dans un mouvement normal du membre.

Dans le cas actuel, nous voyons signalée une légère torsion du membre.

Dans les trois cas, il s'agit d'hommes vigoureux, indemnes de toute tare héréditaire ou acquise.

Avant l'apparition de l'hémarthrose, aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle n'avaient attiré l'attention des malades, et cependant les corps étrangers y séjournaient depuis longtemps, surtout dans le premier et le troisième cas.

Chaque fois ils siégeaient sur le condyle interne du fémur au voisinage du bord rotulien. Ils présentaient une surface externe capsulaire, rugueuse, intimement unie à la capsule synoviale. Audessous, une couche osseuse ou ostéo-cartilagineuse baignait dans la synovie. Du bord du corps étranger, part un prolongement ayant la structure des franges synoviales et se confondant avec elles.

Dans le premier cas, l'hémarthrose pouvait facilement s'expliquer par la rupture d'une artériole du pédicule synovial de ce corps étranger.

J'ai dit dans mon rapport que dans le deuxième cas le mécanisme de l'hémarthrose était beaucoup plus difficile à expliquer et qu'il était même impossible d'établir une relation de causalité.

Dans le cas actuel, c'est probablement à la rupture des attaches vasculaires qu'il faut, comme dans le premier cas, attribuer l'hémarthrose.

Messieurs, les observations de M. Isambert sont intéressantes à retenir : elles montrent que les cas d'hémarthroses symptomatiques de la présence de corps étrangers sont peut-être moins rares qu'il ne paraît. Des corps articulaires enclavés dans la capsule articulaire peuvent être moins volumineux que ceux observés par M. Isambert, et passer inaperçus au milieu des franges synoviales. Quoi qu'il en soit le chirurgien doit être averti de la pos-

sibilité de leur existence, dans le cas où l'origine de l'épanchement sanguin serait difficile à déterminer.

Messieurs, je vous propose : 1° de remercier M. Isambert de cette intéressante observation; 2° de la déposer dans nos archives; 3° de ne pas oublier son nom au moment des élections de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

M. Routier. — Le hasard m'a fait observer ces temps-ci cinq ou six cas d'hémarthrose du genou, et je dois dire que dans tous ces cas, j'ai été surpris de voir un épanchement très abondant suivre un traumatisme relativement très léger, ce qui devait en effet faire penser, comme dans le cas qui fait l'objet de ce rapport, à un corps étranger; dans aucun cas je n'ai pu trouver cette lésion.

Je traitais toujours depuis longtemps les hémarthroses par l'arthrotomie avec lavage, et je m'en trouvais bien; je ne sais pourquoi je me suis laissé aller sur deux de ces malades à traiter leur hémarthrose par la ponction, que nous a enseignée autrefois le professeur Broca.

Dans ces deux cas j'ai dû à dix jours d'intervalle refaire une ponction, le liquide s'étant reproduit très abondant; c'était encore du sang, dilué il est vrai, mais c'était plus que de la sérosité rouge.

Je suis donc revenu à l'incision étroite, permettant d'évacuer complètement l'article, d'introduire 2 drains n° 20 par lesquels je pratique un lavage avec 2 ou 4 litres de sérum ; je retire les drains après quarante-huit heures; huit jours après, la plaie est cicatrisée et je fais faire des mouvements et du massage.

Une de mes malades, déjà guérie, a eu à deux reprises la douleur brusque, avec arrêt du mouvement dans son genou. J'ai en vain cherché chez elle un corps étranger, je lui ai signalé le fait et l'ai priée de le chercher elle-même; nous n'avons pas trouvé ce corps étranger dont la présence aurait singulièrement éclairé la pathogénie de cette hémarthrose.

Je le répète, dans tous ces cas, j'ai été surpris de l'abondance de l'épanchement sanguin eu égard au léger traumatisme qui avait intéressé les genoux de mes malades.

M. Picqué. — Les observations de M. Routier sont intéressantes, car elles prouvent que comme dans les observations de M. Isambert il n'y a pas de corrélation à établir entre le traumatisme et l'hémarthrose et qu'on ne peut en conséquence invoquer le mécanisme ordinaire de l'hémarthrose. Il conviendra donc dans les cas analogues de se souvenir des observations de notre collègue de l'armée.

Deux cas d'extraction de corps étranger des bronches par la méthode bronchoscopique,

par M. PIERRE SEBILEAU.

J'ai à vous rapporter aujourd'hui deux observations d'extraction de corps étranger des bronches par la méthode bronchoscopique. L'une vous a été adressée par M. Moure (de Bordeaux), l'autre par M. Lombard (de Paris); cette dernière se rapporte à une malade que nous avons opérée ensemble, Lombard et moi, dans mon service de Lariboisière.

Le malade de M. Moure, âgé de soixante-trois ans, avait été pris, le 10 novembre dernier, au cours de son dîner, d'une violente quinte de toux avec suffocation qui l'obligea à interrompre son repas. Pendant une semaine, cette toux continua d'une manière opiniâtre, compliquée de quintes convulsives et suffocantes et accompagnée de dysphagie. On soupçonna un corps étranger des bronches ; mais la radiographie ne confirma pas ce diagnostic. Bientôt éclatèrent des symptômes d'infection pleuro-pulmonaire; mais toutes les ponctions pleurales furent des ponctions blanches. Cependant, du côté droit, le thorax bombait et, même, la paroi présentait de l'œdème; dans les deux tiers inférieurs de la loge pulmonaire, en arrière, la matité était complète avec exagération de la vibration du thorax; il y avait, aux deux temps de la respiration, un souffle tubaire rude et de la pectoriloquie aphone. L'expectoration était purulente et fétide; le malade, privé de sommeil par une toux violente et spasmodique, maigrissait chaque jour; le soir, sa température dépassait 39 degrés.

Malgré le résultat négatif de l'épreuve radiographique, M. Moure, frappé par la précision des commémoratifs, rapporta les accidents de broncho-pneumonie à la présence d'un corps étranger dans les bronches et, devant la gravité croissante de la situation du malade, décida de pratiquer la bronchoscopie.

Il résolut, et on ne saurait trop l'en louer, de faire d'emblée la bronchoscopie inférieure, c'est-à-dire de pratiquer une bouche trachéale pour y glisser le tube de Killian sans s'attarder aux longues et pénibles séances qu'exige l'entraînement du patient à la bronchoscopie supérieure.

Le 5 décembre, vingt-cinq jours après le début des accidents, M. Moure pratiqua donc la trachéotomie. La trachée ayant été ouverte, la muqueuse en fut anesthésiée aussi bas que possible par une onction de solution de cocaïne; doucement, le tube de Killian (0,01 de diamètre; 0,22 de longueur) fut poussé dans la

trachée, puis dans l'appareil bronchique; l'opérateur le vit pénétrer dans la bronche droite, puis dans la première bronche de bifurcation, qui tout naturellement, se présenta devant le tube.

Éclairé par la lumière réfléchie du miroir de Clar, dont les faisceaux lumineux pénétraient dans l'entonnoir de Gottstein qui surmontait le tube bronchoscopique, M. Moure aperçut, à 16 centimètres et demi de profondeur, une masse grisâtre entourée d'un peu de pus; l'ayant saisie avec la pince de Killian, l'opérateur en pratiqua l'extraction : c'était un fragment d'os gros comme un très petit haricot. Puis il renouvela sa tentative, saisit un nouveau fragment plus volumineux que le premier, retira en même temps tube, pince et corps étranger; enfin, ayant fait une inspection de la cavité bronchique à la faveur d'une troisième introduction du tube de Killian et n'ayant rien constaté d'autre qu'une rougeur inflammatoire, il pansa le malade, chez lequel il ne tenta pas la réunion trachéale par première intention.

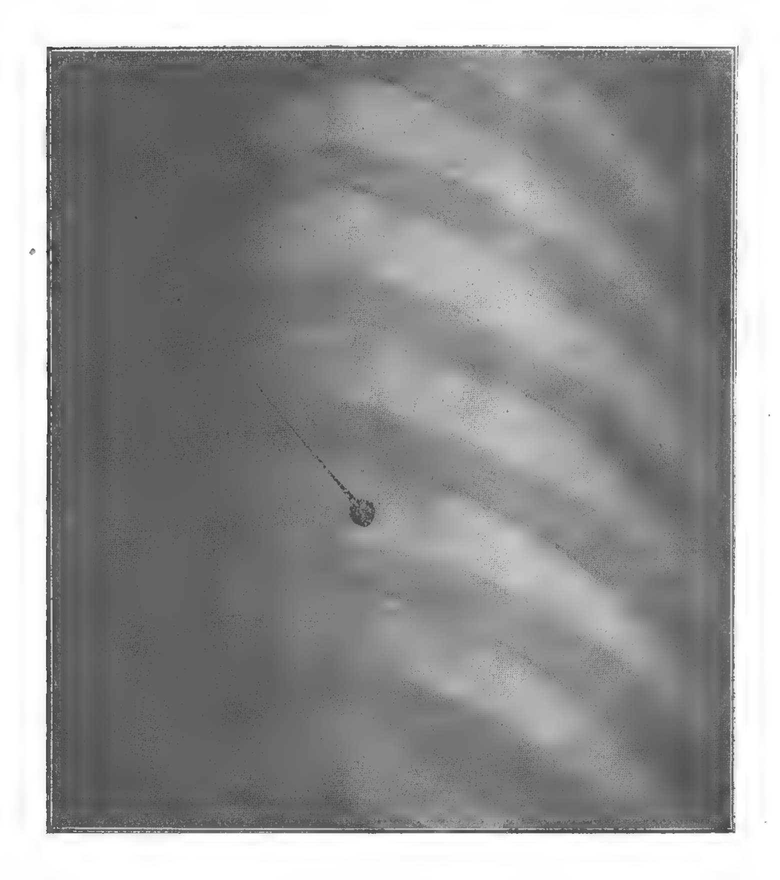
Pendant quelques jours, la situation du patient fut précaire. La plaie trachéale se mit à suppurer abondamment; il y eut plusieurs vomiques, la pneumonie gagna du terrain, mais presque brusquement, comme à la suite d'une crise, l'état s'améliora et le malade entra définitivement dans une convalescence un peu difficile.

L'observation que vous a adressée Lombard se rapporte, vous disais-je, à une femme de quarante-cinq ans, que nous avons opérée, lui et moi, dans mon service et qui m'avait été adressée par mon collègue Gaudier, agrégé de Lille. Le 19 janvier dernier, en portant brusquement à la bouche sa main qui tenait une épingle, cette femme fit une violente inspiration et l'épingle fut avalée; elle tomba dans le pharynx et, de là, dans les voies respiratoires. Elle s'arrêta sans doute dans la région vestibulaire, car une vive douleur cervicale apparut que la patiente localisa extérieurement au niveau de la grande corne hyoïdienne, à gauche. En même temps éclata un accès de suffocation avec cyanose de la face et cornage, qui dura une dizaine de minutes.

Après avoir fait de vains efforts pour « avaler » ou pour « rejeter » son épingle, la patiente, dans le but, dit-elle, de faire descendre celle-ci, enfonça son doigt profondément dans le pharynx. La dyspnée subitement disparut, la respiration reprit son rythme; seule la douleur cervicale persista, s'irradiant vers la nuque avec une telle acuité que les mouvements de la tête devinrent très pénibles. Il n'y avait nulle dysphagie, nulle douleur à la déglutition. Sans doute l'épingle, déplacée et refoulée par la manœuvre propulsive de la malade, avait-elle franchi la glotte et était-elle tombée dans la cavité trachéo-bronchique.

Rien autre chose comme symptômes que quelques quintes de toux sans expectoration, qui augmentaient de fréquence pendant la nuit.

La patiente entra à l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, dans le service de mon collègue Gaudier, qui, après avoir fait confirmer son



diagnostic de corps étranger des bronches par la radiographie m'envoya la malade à Lariboisière.

Sur l'épreuve radiographique que je vous montre vous pouvez très nettement voir l'ombre de l'épingle obliquement couchée dans la cavité thoracique, la tête vers la périphérie, en dehors de la tache péricardique, entre la 6e et la 7e côtes; la pointe, affleurant la colonne vertébrale, juste au-dessus du bord supérieur de la 6e côte. L'anatomie nous apprend que cette épingle d'acier ainsi orientée, longue de 0,05 centimètres environ, et surmontée d'une tête ronde en verre noirci devait être située dans la bronche se-

condaire inférieure droite, couchée sur la paroi inféro-interne de celle-ci, la pointe venant probablement apparaître dans la lumière de la bronche primaire.

Le 31 janvier, onze jours après l'accident, la malade fut donc admise dans mon service; elle ne souffrait plus que d'une toux quinteuse et rare suivie d'une expectoration un peu fétide. Quelques sibilances à l'auscultation.

Après nous être de nouveau assurés par la radioscopie de la présence du corps étranger, nous décidâmes de pratiquer l'extraction de celui-ci par la méthode de Killian.

Le 1er février, la malade fut trachéotomisée (trachéotomie lente, sous l'anesthésie cocaïnique; grande incision trachéale de 2 centimètres).

Le 2 février, après adrénalisation des bords de la plaie trachéale et cocaïnisation minutieuse de la muqueuse aérienne, nous introduisîmes le tube de Killian qui fut enfoncé lentement, sans la moindre difficulté et dans le champ duquel, éclairés par la lampe de Kirstein, nous aperçumes la pointe de l'épingle couchée sur la paroi inférieure de la bronche secondaire droite inférieure, la pointe dans la grosse bronche. Nous la montrâmes à plusieurs assistants. Sans aucune difficulté, cette épingle fut saisie par la pointe avec la pince de Killian, puis tube, pince et épingle furent retirés ensemble.

Les suites opératoires furent, tout d'abord, excellentes et la plaie trachéale se répara rapidement; mais la patiente fut, deux jours après l'opération, frappée d'une angine assez violente avec 39 degrés et grande gêne de la déglutition ; puis un foyer d'hépatisation se forma dans le poumon gauche (du côté opposé à celui où siégeait le corps étranger) et, pendant une semaine, la malade fut mise dans une situation très critique. Elle est, depuis longtemps, complètement guérie.

Telles sont les deux intéressantes observations qui nous ont été adressées, la première par MM. Moure (de Bordeaux), la seconde par M. Lombard (de Paris). Elles viennent s'ajouter à la liste déjà longue des heureuses interventions de la bronchoscopie dans les corps étrangers des bronches et en montrer les bienfaits.

En décembre 1904, von Eicken (1), dans une intéressante revue, recueillait déjà trente-quatre observations appartenant presque toutes à la littérature étrangère; une seule à cette époque avait été publiée en France par Lermoyez et Guisez (2). Au total de von Eicken il faut, à l'heure actuelle, ajouter cinq observations de

(1) V. Eicken. *Arch. für Laryng.* Bd XV, 1904.
(2) Lermoyez et Guisez. *Presse médicale*, 26 déc. 1903, p. 888.

Peniazew (de Cracovie) (1), une observation de Garel et Durand (2), une observation de Petersen (3), une observation de Burk (de Hambourg) (4) et enfin, les deux observations que je viens de vous rapporter.

Il est donc certain qu'il existe, à l'heure actuelle, une cinquantaine de malades qui doivent à la méthode de Killian d'avoir échappé aux complications si souvent mortelles des corps étrangers des bronches. Certes, il arrivait quelquefois, avant l'ère de la bronchoscopie, qu'avec la pince introduite par une bouche trachéale et aveuglément manœuvrée dans l'appareil trachéo-bronchique, on avait la bonne fortune de saisir et d'extraire le corps étranger; mais il faut bien dire que cette bonne fortune était exceptionnelle. D'autre part, il est certain que tout corps étranger des bronches n'entraîne pas nécessairement la mort; il en est qui s'éliminent spontanément et les complications qu'entraîne leur présence ne tuent qu'un malade sur deux. Il n'en est pas moins vrai que, tout en mettant en ligne de compte ces considérations relativement optimistes, l'invention de la bronchoscopie demeure un très grand progrès chirurgical et que la plupart des patients chez qui elle a été employée lui doivent la vie.

Certes, la méthode est jeune encore; l'instrumentation avec laquelle on la pratique n'est pas encore arrivée à la perfection; l'éclairage, en particulier, reste défectueux. Ni la lampe de Kirstein, ni le manche de Casper, ni la lampe de Clar, ni, à en juger tout au moins par les inconvénients ordinaires du photophore, l'éclaireur à trois lampes convergentes de Guisez, ne sont capables, à l'heure actuelle, de donner entière satisfaction à l'opérateur. Il y a, je pense, à espérer quelque chose des nouvelles lampes dont j'ai présenté l'autre jour un échantillon, lampes dont le filament, fait de rhodane et de zirconium, est capable de donner, sous un plus petit voltage et avec beaucoup moins de chaleur, une lumière beaucoup plus vive. Je pense que, dans ces conditions, on pourra réaliser un bronchoscope à lumière directe et terminale, un instrument dans le genre du cystoscope de Luys.

Les deux observations que je vous ai rapportées aujourd'hui ne constituent pas seulement des documents en faveur des avantages de la bronchoscopie; elles sont encore à invoquer, pour la facilité avec laquelle l'opération a été pratiquée, dans la discussion touchant aux indications relatives à la bronchoscopie supé-

(1) Peniazew. *Monatsch. für Chirurgie*, déc. 1903.
(2) Garel et Durand. *Lyon médical*, 12 juin 1904, n° 24, p. 1157.
(3) Petersen. *Soc. laryngol. de Londres*, 3 juin 1904.
(4) Burk. *Arch. für Laryngol.*, vol. 17, fasc. 1.

rieure et à la bronchoscopie inférieure dans l'extraction des corps étrangers des bronches.

Il est évident que le propre d'une méthode endoscopique telle que la bronchoscopie, laquelle prétend, avec raison, se substituer non seulement à la délétère bronchotomie transthoracique, mais encore aux aveugles investigations intratrachéales, il est évident, dis-je, que le propre de cette méthode devrait être de supprimer toute action chirurgicale sécante, toute création de brèche à travers les tissus.

Mais l'application de cette méthode idéale rencontre ici des difficultés particulières; la bronchoscopie par les voies naturelles, la bronchoscopie supérieure, nécessitant, de la part du praticien, une éducation technique consommée, et imposant surtout au malade un entraînement douloureux et pénible.

Eh bien! la bronchoscopie inférieure, pratiquée à la faveur d'une bouche trachéale, présente-t-elle de tels inconvénients ou de tels dangers, offre-t-elle une telle infériorité sur la bronchoscopie supérieure que, pour arriver à pratiquer cette dernière, il faille soumettre le patient aux difficiles séances de l'éducation progressive? Personnellement je ne le crois pas. Tout d'abord il est des cas où la nature du corps étranger, son volume, sa situation profonde dans une bronche étroite, le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa pénétration dans les voies aériennes, la gravité des complications pleuro-pulmonaires, l'intensité des phénomènes d'infection, même la pusillanimité et l'indocilité du sujet commandent la bronchoscopie inférieure. Par exemple, je n'aurais pas compris que chez son malade Moure songeât une seule minute à pratiquer l'endoscopie bronchique par les voies naturelles, et il n'y a qu'à approuver sans réserve sa conduite. Mais, sans vouloir porter encore sur les deux méthodes un jugement prématuré et tout en escomptant les perfectionnements futurs de la méthode de Killian, je dois dire que, même en dehors des cas dont je parlais plus haut et dans lesquels la création préalable d'une bouche aérienne est, pour ainsi dire, de rigueur, je me sens beaucoup plus porté vers la facile et pratique bronchoscopie inférieure que vers l'élégante et ardue bronchoscopie supérieure. La lecture des observations où l'opérateur, après avoir en vain répété les séances de l'endoscopie bronchique par les voies naturelles, dut abandonner celle-ci pour réaliser l'endoscopie par la plaie trachéale (telle l'observation de Burk dont je parlais plus haut), est, sur ce point, particulièrement suggestive, et j'avoue que je ne partage nullement l'optimisme du distingué professeur Garel (de Lyon) qui, après avoir fait, chez une jeune fille, du 31 décembre au 15 janvier, cinq inutiles séances de bronchoscopie supérieure,

dut abandonner la malade à son sort dans l'espoir d'une évacuation spontanée, pour faire un mois plus tard, devant l'imminence d'accidents graves, une bronchoscopie inférieure suivie de succès à la quatrième introduction; malgré les difficultés extrêmes qu'il a rencontrées dans ce cas particulier (1), le professeur Garel conserve une telle confiance dans l'extraction par les voies naturelles qu'il regrette de n'avoir pas persisté dans ses premières tentatives, convaincu qu'il aurait fini par aboutir.

Telle est ma manière actuelle de voir; il est possible qu'une plus longue expérience de la méthode de Killian la modifie.

Communication.

Du rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme (2),

par M. BAZY.

La possibilité du rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme, et, par suite, la réalité de son existence, sont actuellement hors de doute. Les cas que j'ai publiés à l'occasion d'une observation de Bonnet, que j'ai rapportée à la Société de chirurgie, établissent sans conteste l'existence de cette variété de rétrécissements.

Le professeur Lannelongue a observé un fait que j'ai cité dans mon travail (*Presse médicale*, 1903) et qui ne peut s'expliquer que par l'hypothèse d'une atrésie congénitale.

Le professeur Guyon (communication verbale) a observé maintes fois de légers ressauts en avant de la portion membraneuse sur lesquels, m'a-t-il dit, il n'a pas eu l'occasion d'attirer l'attention de ses élèves au lit du malade, et qui doivent être dus, pense-t-il, à des brides congénitales.

Reboul en a cité un cas au Congrès d'urologie de 1903.

Les cas se multiplieront au fur et à mesure qu'on voudra bien les rechercher et les publier (3).

(1) I. Garel et M. Durand. *Lyon médical*, 12 juin 1904, n° 24, p. 1157.

(2) Suivant l'expression de mon ami le Dr O. Larcher, le terme d'*atrésie* congénitale conviendrait mieux, puisque le mot rétrécissement suppose un calibre primitivement normal qui a été modifié, diminué, *rétréci* par un état pathologique. Je continue à employer ce mot, parce que depuis longtemps on s'est habitué à ne considérer le rétrécissement de l'urètre que comme la conséquence d'une lésion traumatique ou inflammatoire de l'urètre.

(3) Mon interne Foisy a pris à cœur de rassembler tous ces cas, et ce sera l'objet de sa thèse inaugurale. Je suis heureux de constater d'ores et déjà le

La cause de ces atrésies congénitales réside dans la persistance d'une partie de la membrane cloacale.

A cette cause, on peut ajouter des troubles trophiques portant sur le tubercule uro-génital, et qui peuvent déterminer la coalescence ou l'absence de développement de l'urètre dans des régions situées en avant de la membrane cloacale, dans des parties nées aux dépens de ce tubercule génital qui, comme on le sait, forme les portions périnéo-scrotale et pénienne de l'urètre.

Les conditions qui déterminent la production de ces atrésies sont peu connues. Toutefois, la syphilis des parents pourrait bien être une des causes du rétrécissement congénital. En tout cas, voici trois nouveaux faits de rétrécissement congénital, deux observés chez des enfants, un chez un adulte de trente ans.

Les faits observés chez les enfants sont intéressants, parce qu'ils ont comme symptôme l'*incontinence d'urine*, sur laquelle j'ai appelé l'attention : dans un cas, elle était *nocturne*; dans l'autre, diurne et nocturne tout d'abord, puis surtout diurne; et dans les deux cas, elle paraît avoir guéri par *un simple* passage de bougies.

Le rétrécissement observé chez l'adulte offrait, en outre, cette particularité qu'il n'était pas simplement valvulaire, mais il avait une longueur très appréciable, occupant presque toute la longueur de l'urètre périnéal.

Il semble que, dans ce cas, la membrane cloacale non seulement ne se soit pas atrophiée, mais encore qu'elle ait continué à se développer en même temps que l'urètre où elle siégeait, ne s'étant résorbée qu'au centre, juste pour laisser passer l'urine.

Nous allons voir, en effet, que le rétrécissement mesurait une longueur de 4 centimètres.

Je dis qu'il était congénital :

1° De par l'absence d'antécédents;

2° De par les commémoratifs;

3° De par les signes actuels;

4° De par l'opération;

5° De par les symptômes consécutifs à l'opération.

Je vais examiner ces différents points. Mais, tout d'abord, racontons son histoire :

Obs. I. — M. T..., âgé de trente et un ans, m'est envoyé dans l'après-midi du vendredi 8 avril par mon ami, le Dr Wilhelm, avec la mention

soin et la conscience qu'il a apportés dans la recherche de tous les cas qu'on peut faire rentrer dans la catégorie des rétrécissements congénitaux. Ce travail d'ensemble, le premier qui paraîtra sur ce sujet, lui fera le plus grand honneur, et je suis fier qu'il en ait puisé l'inspiration dans mon enseignement.

suivante : « Rétention d'urine. Rétrécissement de l'urètre sans antécédents blennorragiques. Tentatives discrètes, mais infructueuses pour passer. »

Et ce jeune homme venait me demander mon jour et mes heures pour que je puisse l'examiner.

Au vu de la note ci-dessus, je crus devoir procéder tout de suite à l'examen.

Je me trouve en présence d'un homme évidemment très impressionnable, malgré la netteté de ses souvenirs et celle des expressions qu'il emploie pour me raconter son histoire : sa voix tremble, de même que ses lèvres. Il nie très simplement, mais très catégoriquement tout antécédent blennorragique; ni écoulement ni échauffement d'aucune sorte. Pas de chute à califourchon, pas de coup sur le périnée, jamais d'urétrorragie. Ce dernier renseignement, qui aurait pu avoir été oublié par le patient, m'est confirmé par la mère que j'ai eu l'occasion de voir.

Donc pas de traumatisme ni d'inflammation.

J'avoue que je m'attendais à me trouver en présence d'un de ces spasmes urétraux, comme on peut en voir chez quelques sujets nerveux, et je pensai, je dois l'avouer, que c'était ce spasme qui avait été pris pour un rétrécissement.

Aussi me mis-je en devoir d'examiner le malade après qu'il m'eut raconté qu'il urinait très difficilement et par très petit jet; et depuis un mois à un mois et demi environ, il urine au lit et laisse quelquefois couler l'urine dans son pantalon.

Tout d'abord, je constate que la vessie remonte à l'ombilic et forme un globe volumineux et fortement saillant sous la paroi de l'abdomen.

Le malade urine en ce moment-ci très fréquemment : tous les quarts d'heure, toutes les vingt minutes, mais très peu à la fois; on voit qu'il urine par regorgement.

J'explore premièrement l'urètre. Le n° 20 passe tout d'abord facilement, quoique le canal soit hyperesthésié et est arrêté à la fin de la région scrotale, au commencement de la région périnéale. Je passe successivement les n°s 15, 10, 6.

Toutes les boules sont arrêtées dans le même point.

J'engage une bougie filiforme tortillée dans le rétrécissement, mais elle ne peut le franchir complètement.

Il n'y avait pas de doute, il ne pouvait y en avoir pour personne : il s'agissait bien d'un rétrécissement et non d'un spasme. Et ce rétrécissement était non valvulaire, mais un peu long, puisque la bougie filiforme tortillée s'engageait dans son intérieur et ne le traversait pas complètement. Il me fut facile plus tard d'en mesurer la longueur.

L'interrogeant alors plus à fond, j'appris que depuis au moins dix ans, il avait de grandes difficultés à uriner; que même, étant au collège, il urinait beaucoup moins vite, mettait beaucoup plus de temps que ses camarades.

Depuis deux ou trois ans, il ne sait plus au juste, il perd de temps en temps de l'urine; son pantalon est mouillé sans qu'il ait besoin d'uriner.

Depuis trois semaines, il a de l'incontinence nocturne et perd de l'urine de façon à former de très larges plaques sur les draps et sa chemise, et cela sans se réveiller.

Depuis deux ou trois mois, il était bien un peu mouillé dans son lit; mais comme il ne l'était pas plus que dans le jour, il ne s'en était pas autrement préoccupé.

Quant aux difficultés de miction, il n'y attachait pas d'importance, tellement il y était habitué. C'est cette grave incontinence nocturne qui l'a préoccupé. Et, détail assez important, il n'a pas eu d'incontinence nocturne d'urine dans son enfance.

L'incontinence était bien la cause de ses préoccupations, puisqu'il n'avait pas jugé bon de consulter, quoique, depuis quelques mois, il fût obligé de faire de grands efforts pour uriner, et que même ses mictions fussent accompagnées de souffrances.

Ces constatations faites, je l'envoyai immédiatement à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu, où je promis d'aller le voir le lendemain matin et de faire le nécessaire.

Malheureusement, le lendemain matin je ne pus y aller. Il avait uriné difficilement pendant la nuit, malgré cataplasmes sur le ventre et le périnée.

Le soir, quand je le vis avec le Dr Wilhelm, il n'avait pas uriné depuis le matin, et, quoiqu'il n'eût pas bu, sa vessie était encore plus tendue que la veille.

Après injection d'une solution de 5 centimètres cubes de cocaïne à 1/100 contenant une goutte de chlorhydrate de rénaline par centimètre cube, j'essaye de passer une bougie armée pour l'urétrotomie interne et ne peux y parvenir.

Après l'emploi inefficace de bougies filiformes tortillées ordinaires, je finis par passer une de mes bougies à âme métallique dont j'ai fait connaître l'existence et la composition il y a une quinzaine d'années, et qui m'ont rendu de nombreux services, là où les autres ne m'avaient rien donné.

Je la laisse quelques instants en place, et, la faisant retirer par le Dr Wilhelm, j'ai le bonheur d'introduire la bougie armée de mon urétrotome.

Séance tenante, j'introduis celui-ci.

Le rétrécissement, mesuré avec le mensurateur, a 4 *centimètres de long*; je fais trois sections comme d'habitude.

Une incision latérale droite, la lame est ouverte à 7 millimètres.
— — gauche, — 9 —
— supérieure, 11 —

Sonde à demeure n° 16.

Il s'écoule de l'urine trouble tout d'abord en fort jet, puis en jet plus faible. Je retire ainsi 700 grammes d'urine. Quoique je ne craigne pas beaucoup, dans ces cas-là, malgré l'ancienneté de la distension, une hémorragie vésicale, le sujet étant jeune, je crus cependant devoir recommander de n'enlever que progressivement l'urine contenue dans la vessie. L'opération a été faite à 6 heures du soir. A 9 heures, la vessie

était vide; on avait évacué 3 litres d'urine. Tout en tenant compte de la polyurie *ex vacuo* qui a pu se produire (et qui ne paraît pas avoir été très appréciable dans ce cas, car l'urine est fortement teintée), on voit quel était l'état de distension de la vessie.

Cette urine est très trouble et laisse un dépôt très abondant.

Cet état d'infection a expliqué la légère élévation de température du lendemain matin, 38°3, température descendue rapidement à la normale.

En raison de cet état infectieux de l'urine, je crus devoir laisser la sonde jusqu'au 12 au matin, c'est-à-dire plus de trois jours; du reste, elle s'était déplacée et ne fonctionnait plus.

Mais à la première miction, se produisit un phénomène que j'ai vu ou plutôt dont j'ai entendu parler pour la première fois à ce degré. Que l'état nerveux du sujet y ait été pour quelque chose, l'ait tout au moins exagéré, je le crois volontiers; mais il ne l'a certainement pas créé; ce phénomène, le voici :

Quand, après avoir uriné dans son lit, sous les draps, M. F... a eu retiré l'urinal d'entre ses jambes, il a été littéralement effrayé de la quantité d'urine qu'il avait rendue en si peu de temps et sans aucun effort. Il a eu alors comme l'impression qu'il allait se vider (*sic*) par là, et il a eu, quoique dans son lit, presque une syncope. Il était si peu habitué à uriner facilement! Il ne savait pas ce que c'était qu'uriner rapidement et sans effort. Le lendemain, quand je l'ai vu, j'ai recueilli l'impression encore persistante de cette émotion, à laquelle avait assisté le frère infirmier, qui a eu toutes les peines du monde à rassurer son malade.

Il a eu un petit accès de fièvre après cette première émission, et puis tout est rentré dans l'ordre.

J'ai voulu savoir si les reins avaient résisté à cette pression qui s'exerçait sur eux depuis si longtemps, et j'ai donné au malade de la térébenthine. L'odeur de violette s'est montrée assez rapidement, ce qui me fait penser que le filtre est bon.

Il a quitté la maison de santé très bien portant le 21, ayant retrouvé son appétit qu'il avait perdu depuis plusieurs mois, et son urine étant claire.

Il n'urine que toutes les deux ou trois heures et très abondamment.

Mais j'ai voulu alors avoir des renseignements sur son passé.

Il m'a raconté qu'il n'avait jamais uriné avec la liberté qu'il avait depuis son opération, que depuis qu'il se connaissait, il avait toujours uriné avec peine et même avec effort, qu'étant au collège il mettait toujours beaucoup plus de temps que ses camarades à uriner.

L'effort pour uriner lui paraissait être chose normale; il ne se doutait pas qu'on pût uriner sans pousser.

Je demande à insister sur les raisons qui me font affirmer ici l'existence d'un rétrécissement congénital :

1° L'absence d'antécédents;

En effet, ce malade nie avoir eu une blennorragie.

Cette négation peut ne pas paraître suffisante aux esprits sceptiques. Je crois devoir dire que, pour mon compte, je m'en rapporte peu aux affirmations des malades sur ce sujet, et qu'il ne me suffit pas d'avoir entendu dire à mes malades qu'ils n'ont jamais eu de chaudepisse pour être convaincu. Un certain nombre croiraient être déshonorés s'ils avaient eu une chaudepisse, mais ils avoueront avoir eu un écoulement ou un échauffement; d'autres, de très bonne foi, et à cause de l'éloignement, transformeront une vraie chaudepisse qui aura duré le temps normal (trois semaines à un mois) en un simple écoulement d'une durée de quelques jours, quelquefois même en un simple échauffement.

J'attire tous les jours l'attention de mes élèves sur ces différents points, et il ne me suffit pas qu'ils m'aient dit qu'un malade n'a jamais eu de blennorragie pour que j'accepte leurs dires : je veux qu'ils lui aient demandé s'il n'a jamais eu d'écoulement ou d'échauffement. Que quelques-uns nient malgré tout, cela est possible, et il était surtout possible de le croire autrefois et d'accepter comme vérité démontrée qu'un rétrécissement ne peut exister sans traumatisme ou urétrite antécédente. Mais depuis que la *possibilité* d'une atrésie congénitale est démontrée, il est *impossible* de ne point accorder crédit à la parole de celui qui nie tout écoulement ou tout échauffement antérieur; il faut donc accepter comme possible l'existence d'un rétrécissement urétral chez un homme qui n'a dans son passé ni traumatisme ni inflammation.

Le rétrécissement urétral ne présuppose pas une lésion traumatique ou pathologique de l'urètre. Les traumatisés ou les blennorragiques ne sont pas seuls à avoir droit au rétrécissement. Il est indispensable que ces choses soient dites et répétées, des connaissances plus étendues de la pathologie urétrale autorisant et justifiant ces propositions;

2° Les commémoratifs justifient aussi l'affirmation que le rétrécissement est congénital. En effet, il est impossible de ne pas tenir compte de ce renseignement que le malade nous donne quand il dit avoir toujours fait effort pour uriner, que l'effort dans la miction lui paraissait chose naturelle, au point, qu'*après l'opération*, il a été si bouleversé par la grande quantité d'urine qu'il avait rendue sans effort et dans un si court espace de temps, qu'il a failli avoir une syncope. C'est donc un signe d'une grande valeur. Ce sont là choses qu'on ne simule, ni qu'on ne dissimule pas;

3° Les signes présentés au moment de notre premier examen ne sont pas non plus sans plaider en faveur de l'origine congénitale : je dois dire que je n'y attache qu'une médiocre importance;

pris en eux-mêmes, ils n'offriraient pas grand intérêt, mais, s'ajoutant aux autres, ils deviennent plus concluants en même temps qu'ils leur donnent de la valeur : je veux parler de l'état d'intégrité parfait de tout l'urètre, du méat jusqu'au niveau du rétrécissement.

Le rétrécissement du méat, qui n'est nullement cicatriciel, plaide en faveur de la congénitalité.

Un autre caractère plus important, beaucoup plus important, c'est l'arrêt au même point de toutes les boules, comme si elles s'arrêtaient devant une barrière transversale.

L'absence de ce signe ne serait toutefois pas faite pour modifier mon opinion à ce sujet; je ne vois pas de raison, en effet, pour que le rétrécissement congénital ne soit pas infundibuliforme comme le sont beaucoup de rétrécissements traumatiques, sinon tous, contrairement à l'opinion qu'on pourrait en avoir;

4° L'opération m'a révélé une particularité intéressante pour la thèse que je soutiens.

Malgré la multiplicité des incisions, l'opération de l'urétrotomie interne faite avec mon instrument ne donne pas plus de sang que l'opération faite avec l'instrument de Maisonneuve, c'est-à-dire une ou deux gouttes de sang qui apparaissent au méat. Or, ici nous avons eu une dizaine de gouttes, ce que je considère comme une grande quantité pour l'opération.

En effet, le tissu qui constitue le rétrécissement est en général peu vasculaire. Le rétrécissement congénital n'a pas de raisons pour être beaucoup moins vasculaire que les parties voisines. En outre, la section n'a pas donné lieu à cette sensation prononcée de résistance qu'on observe dans les rétrécissements blennorragiques.

Je dois répondre à une objection tirée de la longueur du rétrécissement.

On pourrait penser, et j'ai cru tout d'abord que les rétrécissements congénitaux ne pouvaient être que valvulaires. La formule du mode de développement que nous avons adoptée, par persistance de la membrane cloacale, semble tout d'abord exclure la possibilité d'un rétrécissement un peu épais.

Mais cette membrane a elle-même une épaisseur appréciable. Elle peut n'avoir subi qu'une régression partielle participant au développement du reste du corps; quand elle persiste, elle peut prendre des proportions équivalentes à celles des organes voisins.

Et si la membrane cloacale se trouve, d'après les auteurs, en avant de la portion bulbeuse, plus ou moins près de la portion membraneuse, il peut très bien se faire que continuant son développement, elle occupe dans l'urètre une étendue plus grande que

celle qu'on lui supposait primitivement et qu'elle envahisse la région périnéale.

De plus, on peut très bien admettre que la cause qui détermine la persistance partielle de la membrane cloacale ait pu amener la coalescence partielle des deux parois de la muqueuse urétrale, à moins que ce ne soit une modification dans le développement du bourgeon uro-génital, en avant du bulbe, qui détermine le rétrécissement, sans que la membrane cloacale y prenne aucune part ou du moins une part apparente. Ce serait donc dans la portion de l'urètre développée aux dépens de ce bourgeon uro-génital que se ferait le rétrécissement, et aux dépens de la partie postérieure, celle qui forme la portion périnéale du canal de l'urètre, et l'on conçoit dans ces conditions que le rétrécissement puisse avoir une assez grande longueur. Dans l'espèce, il mesure ici 4 centimètres. Coïncidence singulière, c'est la longueur moyenne que j'ai constatée dans les rétrécissements que j'ai eus à opérer, soit en ville, soit à l'hôpital. Je dois dire que j'ouvre l'instrument de façon qu'il ne puisse passer que dans le n° 33 ou 34 de la filière Charrière.

Au reste, les lésions congénitales de l'urètre peuvent ne pas se borner à la partie postérieure de l'avant-canal. Elles peuvent occuper une autre région et entre autres la racine de la verge; l'observation suivante en est la preuve où l'obstacle est à un centimètre de l'angle péno-scrotal.

Obs. II. — *Incontinence nocturne d'urine. Rétrécissement congénital pénien.*

D... (Pierre), pâtissier, dix-sept ans, vient à la consultation des voies urinaires, à Beaujon, le 11 avril 1904, n° 2591.

Il vient parce qu'il urine la nuit au lit sans le sentir.

Dans la journée, il peut retenir ses urines, mais les besoins sont très pressants.

Il urine toutes les heures le jour. La nuit une fois.

Il a cette incontinence depuis sa naissance.

Le grand-père aurait été incontinent jusqu'à l'âge de dix-huit ans, il est mort subitement.

Les parents sont mal portants (?); nous n'avons pas pu les voir. Enfant d'apparence un peu grêle.

Urine acide avec quelques mucosités.

Asymétrie faciale.

Vessie exploré, par Regnault, néant.

Examen du canal :

Le n° 18, d'abord arrêté au méat, le franchit ensuite en éprouvant un ressaut, puis il est arrêté à 1 centimètre en avant de l'angle péno-scrotal.

Le n° 15 franchit ce dernier rétrécissement en donnant la sensation d'un ressaut net.

Cette observation est encore un exemple de la variété d'*incontinence nocturne d'urine* que j'ai rattachée au rétrécissement congénital, car ce jeune homme était venu consulter pour de l'incontinence nocturne.

Ce signe acquiert donc de la valeur, et il sera utile de rechercher l'atrésie congénitale de l'urètre chez tous les sujets ayant l'incontinence nocturne.

Obs. III. — *Rétrécissement congénital bulbaire. Incontinence d'urine.*

F... (Clément), seize ans, vient à la consultation le 2 avril 1905, n° 3051 du registre.

Cet enfant vient parce que depuis qu'il est né il a de l'incontinence.

Jusqu'à l'âge de quatre ans, il avait de l'incontinence à la fois nocturne et diurne; dans le jour l'urine coulait goutte à goutte; il n'éprouvait pas toujours le besoin d'uriner; il ne pouvait se retenir quand il l'éprouvait.

Depuis deux ans, il n'urine plus au lit qu'une fois par semaine.

Depuis un an, il n'urine plus du tout parce que ses parents prennent la précaution de le faire uriner.

Dans la journée au contraire, il ne se passait pas de jour sans qu'il urinât dans son pantalon.

La mère a quatre enfants vivants; aucun n'a d'incontinence.

Exploration. Le n° 10 détermine en passant dans la région bulbaire la sensation d'un ressaut très net à l'aller et au retour.

Tous les élèves du service peuvent le sentir à l'aller et au retour.

On sent la boule au périnée. Ce qui prouve qu'il ne s'agit pas d'un spasme.

Nous avons eu des nouvelles de cet enfant, mon interne Foisy ayant voulu les consigner dans sa thèse.

Or, depuis le passage de cette bougie exploratrice, il a encore uriné dans son pantalon pendant quinze jours. Depuis, il n'a plus uriné.

Le jet d'urine est fort.

Il urine plus souvent, mais il semble qu'il urine un peu en arrosoir, car il urine à côté du vase.

Lecture.

M. Suarez de Mendoza fait une lecture sur une nouvelle méthode pour l'*Extraction des corps étrangers de l'œsophage.* — Rapporteur, M. Demoulins.

Présentations de malades.

Prostatectomie transvésicale.

M. PROUST présente un malade auquel il a pratiqué la prostatectomie transvésicale, par la méthode de Frayer. Rapporteur : M. LEGUEU.

Cancer du sein traité par la méthode de Doyen. Récidive rapide dans la peau.

M. CHAPUT. — Je vous présente la malade dont je vous ai parlé dans la dernière séance.

Depuis le 5 mai l'épithélioma cutané s'est encore étendu.

Plaie complète du nerf cubital datant de quatorze ans. Suture nerveuse. Restauration très rapide des fonctions.

M. CHAPUT. — Je vous présente un malade de trente-neuf ans qui fut blessé au poignet droit il y a quatorze ans.

Quand je le vis, il présentait tous les signes d'une paralysie du nerf cubital : main en griffe, atrophie des interosseux, de l'éminence thénar et de la paume de la main, anesthésie du petit doigt et de la moitié de l'annulaire.

Je l'opérai le 4 février 1905, je trouvai une section complète du nerf cubital ; les deux bouts du nerf étaient renflés en névrome et réunis par un mince filament.

Je réséquai tout le névrome inférieur et une partie du névrome supérieur ; l'écartement des deux bouts étant considérable je fendis le bout supérieur en deux languettes et j'insérai le bout inférieur entre les deux languettes par une suture au catgut. La réunion immédiate eut lieu.

Quinze jours après l'anesthésie avait disparu et le malade sentait la force revenir dans ses doigts.

Actuellement la sensibilité a reparu, l'attitude en griffe a disparu, les trois derniers espaces interosseux ne sont plus déprimés, mais de niveau ; le malade contracte vigoureusement ses interosseux et travaille maintenant de sa main droite.

Les deux points intéressants de cette observation sont le mode

de suture nerveuse en fourche et la restauration extrêmement rapide des fonctions qui est en opposition avec les doctrines actuellement classiques sur les plaies des nerfs.

Enorme myxome de la cuisse gauche. Ablation. Guérison.

M. Potherat. — Le malade que je vous présente actuellement guéri, marchant sans difficultés et normalement, était affecté d'une lésion assez rare par elle-même, laquelle, en tous cas, avait acquis chez lui un développement véritablement exceptionnel.

Cet homme, âgé de cinquante-trois ans, est entré dans mon service à l'hôpital Broussais le 8 février dernier. Il venait demander qu'on le soignât d'une tuméfaction qu'il portait à la cuisse gauche. Cette tuméfaction avait débuté vers la racine de la cuisse neuf ans auparavant d'une manière sourde, sans localisation précise. Il semblait que c'était la cuisse elle-même qui subissait une augmentation totale diffuse, sans altération des téguments, sans modifications dans la consistance des parties molles, sans aucune localisation d'un tissu plus ferme ou plus mou.

Cet homme, qui est tailleur, attribuait cette malformation à un effort ; aucune souffrance ne résultant de cette tuméfaction, il n'y prit bientôt plus attention et continua ses occupations. Mais la progression de sa cuisse continua d'une manière assez régulière ; et comme elle avait atteint en ces derniers temps un développement véritablement énorme, d'une part, que d'autre part des douleurs parfois vives s'y manifestaient, il s'était présenté à la consultation de chirurgie d'où mon collègue et ami Auvray l'avait dirigé sur mon service.

A la vue la cuisse est énorme ; elle représente aisément trois fois le volume de celle du côté opposé. La tuméfaction paraît faire tout le tour de la cuisse ; cependant elle est manifestement plus accusée en dedans et en arrière. La saillie interne est telle que le membre droit étant dans l'attitude verticale, celui du côté gauche est obligé de s'écarter de la verticale de plus de 45 degrés. C'est surtout près de la racine que la tuméfaction est accusée ; en descendant elle s'effile, et au voisinage du genou elle est à peine marquée, mais existe encore.

Il n'y a aucune altération apparente de la peau qui est seulement blanche, tendue, luisante par distension ; pas de circulation superficielle anormale, mais seulement quelques petites varico-

sités; au toucher, la température locale ne paraît pas modifiée. La jambe gauche n'offre aucun trouble circulatoire. Dans la région inguinale assez facilement accessible, on ne sent aucune adénopathie.

Au palper, la peau souple, non adhérente, glisse aisément sur les parties profondes : dans celles-ci on sent nettement une tumeur multilobée, à contours partout nets et arrondis, très étendue en haut et en bas, et d'avant en arrière, semblant toutefois ne pas adhérer au fémur, qui est comme refoulé vers la face externe, dont les parties molles paraissent intactes.

Cette tumeur a une consistance homogène uniforme, la même dans tous ses lobes, et dans toutes les parties de chacun d'eux : consistance molle, pseudo-fluctuante, analogue à celle de certains lipomes purs. La contraction de l'aponévrose et des muscles de la cuisse tend et fixe cette énorme masse diffuse, qui dans le relâchement musculaire est assez mobile.

La palpation est partout absolument indolente.

J'ai dit qu'il n'y avait pas d'adénopathie; l'examen de tous les viscères ne révèle aucune lésion. L'état général est mauvais; l'homme n'a pas d'appétit, il a maigri, il est pâle, mais peut-être est-ce la conséquence d'une grippe assez grave dont il a été récemment affecté.

Au point de vue fonctionnel, le malade éprouve quelques douleurs, parfois vives, mais intermittentes ; dans la marche il n'est incommodé que par le poids très lourd qui le surcharge à gauche; enfin il ne peut s'asseoir qu'à la condition d'allonger le membre gauche et de le porter en abduction ; la tumeur par son volume l'empêche d'étendre la cuisse sur le bassin.

Le diagnostic présentait quelque embarras. On pouvait songer à un sarcome à marche lente, et le diagnostic avait été porté ; mais l'évolution très lente, l'absence de retentissement ganglionnaire et de propagation viscérale, l'absence de troubles circulatoires, etc., me portaient plutôt à voir là une tumeur relativement bénigne. L'idée d'un lipome diffus avait rallié quelques opinions ; mais il me paraissait presque impossible qu'un lipome eût à la cuisse un pareil développement, et qu'il fût partout aussi parfaitement et uniformément mou.

C'est pourquoi je rejetai ce diagnostic, et, instruit par deux faits analogues antérieurs et qui me paraissaient être identiques au cas présent, je portai le diagnostic de *Myxome* et je proposai une intervention locale ayant pour but l'énucléation pure et simple de la tumeur. L'opération eut lieu le 14 février dernier.

Ce ne fut point chose facile. J'abordai la cuisse par une longue incision postéro-interne s'étendant à tout le segment du membre

et je n'arrivai sur la tumeur qu'après avoir traversé la peau et le fascia lata.

Cette tumeur était formée de lobes multiples, les uns gros comme une tête d'adulte, les autres gros comme une noix, avec tous les intermédiaires. Ces lobes pénétraient entre tous les espaces intra-musculaires depuis le pubis et l'ischion jusqu'au voisinage du genou. Je dus pour arriver à les extirper tous disséquer littéralement la cuisse : les vaisseaux fémoraux, les vaisseaux et nerfs obturateurs, le tronc du sciatique sur toute sa longueur, étaient à nu, au fond des muscles disséqués comme dans une préparation anatomique. Cette dissection était d'ailleurs en elle-même très facile : la tumeur, quel que fût le volume du lobe considéré, était partout limitée par une capsule lisse, adhérant très faiblement aux tissus circonvoisins. Elle ne recevait pas de vaisseaux importants et l'hémostase fut aisée avec un nombre très restreint de ligatures.

Je passe sur les suites qui furent simples; la guérison fut un peu retardée par une légère suppuration, mais rapidement l'état général s'était très heureusement transformé, et cet homme offre, vous le voyez aujourd'hui, toutes les apparences d'une bonne santé réellement retrouvée.

L'examen de la tumeur nous a montré que tous les lobes étaient constitués de la même matière, savoir : une membrane lisse limitant des poches, dans lesquelles était contenue une matière molle, gélatineuse, jaunâtre, tremblotante et translucide.

C'était bien macroscopiquement l'aspect des myxomes purs. L'examen histologique pratiqué par mon interne Billaudet, et confirmé par le D[r] Lorrain, a montré que la capsule était de nature conjonctive et que le contenu était formé d'une substance amorphe et dans laquelle on trouvait de loin en loin quelques cellules vaguement étoilées. Il n'y a donc pas de doute ; c'est bien là un myxome pur.

Ces faits sont rares, les myxomes des membres, arrivés à ce point de développement, sont exceptionnels; j'ai eu cependant l'occasion d'en observer trois cas, celui-ci compris : deux sur le membre inférieur et un au niveau du membre supérieur; j'ai communiqué ici ce dernier fait.

Cette expérience est restreinte assurément; je crois cependant qu'elle me permet de contester l'assertion de Rafin (Voir *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, 1[re] édition, t. I, p. 427), à savoir que dans les myxomes diffus des membres la récidive locale est fréquente. Je crois que cela n'est pas exact, et que si après une opération, une tumeur de même nature réapparaît localement, il ne faut pas voir là une récidive. J'ai pu constater en effet, dans

mes trois cas et surtout dans celui d'aujourd'hui, que les lobes sont nombreux, qu'ils peuvent être distincts de la masse principale, en être plus ou moins éloignés, et par conséquent échapper à l'œil de l'opérateur au cours de son intervention première. Qu'un ou plusieurs lobes viennent ainsi à se dissimuler, parce qu'ils sont cachés dans des espaces musculaires, parce qu'aussi ils sont petits, ils continueront à évoluer, et au bout de quelques mois une nouvelle tumeur apparaîtra qui ne sera pas en réalité une récidive.

Pour conclure, je crois que le myxome des membres même énormément développé est justiciable d'une intervention locale, conservatrice, que cette tumeur n'est pas de nature maligne, qu'elle n'offre que des apparences de récidives qui sont elles aussi justiciables d'un traitement local, et que les grandes exérèses opposées au traitement de ces tumeurs dépassent singulièrement le but à atteindre.

Intoxication par une injection d'iodoforme dans un abcès froid se manifestant par une éruption très intense de la face et des mains. Au voisinage de la région injectée à peine un peu de rougeur.

M. Lucas-Championnière. — Le malade que je vous présente est un sujet de dix-neuf ans qui est venu à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu le 23 avril dernier. Il souffre depuis un an de douleurs dans les reins, c'est-à-dire au niveau de la portion lombaire de la colonne vértébrale. Depuis trois mois il s'est aperçu d'une tuméfaction considérable au niveau du pli de l'aine à droite. Il est facile de constater qu'il est atteint de mal de Pott lombaire sans déformation, avec énorme abcès de la fosse iliaque droite.

On le fait venir le 30 avril. Il est ponctionné avec un trocart. On retire environ 500 grammes de liquide de pus. Puis on injecte une dose assez considérable d'huile de vaseline iodoformée au dixième, 100 à 150 grammes sans qu'il y ait eu de mesure. Le malade quitte l'hôpital le jour même.

Dès le lendemain il se plaint d'une chaleur assez vive au visage. Le surlendemain, le visage est gonflé et rouge.

Après avoir augmenté pendant une journée, les phénomènes semblent s'atténuer. Puis le cinquième jour ils reprennent avec plus d'intensité. Cette fois la tuméfaction est plus considérable.

Les conjonctives s'injectent. Des phlyctènes apparaissent sur les oreilles.

Puis les mains et les poignets se prennent à leur tour. Rougeur, tuméfaction, phlyctènes.

Quelques troubles digestifs se montrent. Inappétence, langue saburrale, goût d'ail dans la bouche. Point de troubles intestinaux.

Le 12 mai seulement, le malade se présente à l'Hôtel-Dieu. La face est tuméfiée et rouge.

Les mains sont gonflées et d'énormes phlyctènes contiennent une matière putriforme.

On ponctionne l'abcès pour le vider et on retire le plus possible de l'huile iodoformée.

On ouvre les phlyctènes et on applique la pommade aux essences comme sur les brûlures. Le malade est purgé et mis au lait.

Dès le lendemain une amélioration très nette se fait voir. L'urine examinée le jour même ne contenait pas d'albumine.

La figure subit une desquamation partielle. Mais les mains desquament absolument comme après la scarlatine, et le malade recueille d'énormes fragments d'épiderme.

Le 16 mai, il est si amélioré qu'il ne veut point rester à l'hôpital, et je l'amène aujourd'hui 17 mai.

Vous pouvez constater les restes de la rougeur, la présence des débris épidermiques. Mais vous ne pouvez juger de la tuméfaction que nous avions observée.

Au niveau de la région ponctionnée il y avait bien un peu de rougeur, mais qui me paraît due à l'action de la kolassine beaucoup plus qu'à l'action de l'iodoforme.

Je vous présente ce sujet parce que je pense que l'intoxication par l'iodoforme injecté est beaucoup moins connue que l'accident cutané dû à l'iodoforme appliqué en topique sur la peau.

J'ai fait un très grand nombre d'injections d'iodoforme dans des abcès froids et je n'ai jamais rien vu de semblable.

En quelques circonstances, j'ai vu que des sujets avaient pendant quelques jours un peu d'embarras gastrique. Mais jamais je n'avais vu d'action sur la peau.

Sans doute ici la dose, pas exactement connue, a été un peu forte. Mais en maintes circonstances j'en ai injecté autant et davantage sans incident fâcheux.

D'ailleurs les phénomènes d'intoxication proprement dits n'ont eu aucune gravité. Je ne vois là rien de comparable à ce que nous avons observé après les injections de naphtol camphré et qui m'a fait renoncer à ces injections.

Je crois qu'ici, comme pour les applications sur la peau, il y a une susceptibilité particulière du sujet dont il faut tenir grand compte. Je n'ai pas eu assez de temps pour rechercher les faits

analogues. Mais j'ai la pensée au moins d'après les souvenirs de mes lectures qu'ils ne sont pas communs.

M. Kirmisson. — Le fait qui vient de nous être présenté par M. Lucas-Championnière montre la nécessité de n'introduire dans l'intérieur de la poche que la quantité d'éther iodoformé qu'on peut y laisser sans danger.

Suivant l'âge des enfants, j'introduis dans l'abcès 50 centigrammes, 1 gramme, 1 gr. 50 d'iodoforme ; très rarement j'ai employé 2 grammes d'iodoforme, et c'est là une dose que je n'ai jamais dépassée. Grâce à cette pratique, l'injection d'éther iodoformé dans les abcès tuberculeux, bien que j'y aie recours chaque jour, ne m'a jamais occasionné d'accidents.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion, autrefois, à Beaujon, de voir un accident à la suite de l'injection de 5 grammes chez l'adulte.

Depuis, je ne dépasse jamais 2 gr. 50 à 3 grammes, et je puis dire que les résultats ont toujours été très satisfaisants.

M. Potherat. — Je rappelle que mon collègue et ami Delbet a signalé ici un accident que nous avions observé ensemble chez notre maître commun M. Trélat. La quantité d'iodoforme injectée n'avait pas paru excessive, mais les reins étaient malades, l'élimination ne se fit pas, et l'intoxication survint.

Quant aux accidents cutanés, je crois qu'il y a lieu de distinguer ceux qui sont dus à un érythème cutané, sans intoxication, et ceux qui sont consécutifs à une véritable intoxication. S'il est des malades qui présentent une susceptibilité particulière telle, qu'une petite quantité d'iodoforme introduite dans l'organisme détermine chez eux des phénomènes d'intoxication, il en est certainement d'autres chez lesquels la seule application de l'iodoforme détermine une dermite intense localisée ou très étendue, sans intoxication réelle.

A propos des accidents de l'introduction d'iodoforme dans les poches d'abcès froid, je veux vous citer un fait bien exceptionnel. J'avais eu l'occasion d'observer, chez un malade atteint de tuberculose osseuse, un abcès froid que j'avais traité et guéri par l'injection d'éther iodoformé. L'abcès était dans la région lombaire.

Six à huit mois plus tard, un nouvel abcès se manifesta à la partie supérieure de la cuisse, profondément, sous le fascia lata. Le malade, qui était retourné en province, réclama une nouvelle injection iodoformée. La poche grande fut vidée, puis remplie avec 150 grammes environ d'éther iodoformé à 5 pour 100. La

poche se distendit violemment et se rompit très vraisemblablement. Toujours est-il qu'un œdème généralisé se manifesta rapidement, qui fut suivi de ruptures multiples de la peau, sur le tronc, les membres, et même la face. Au niveau de ces ruptures, de véritables afflorescences iodoformées, sous la forme pulvérulente, survinrent, qui entretinrent de petites plaies pendant plusieurs mois. Toutefois, il n'y eut pas de phénomènes graves d'intoxication ; le malade se rétablit. Il succomba ultérieurement aux progrès de sa tuberculose osseuse qui se compliqua de lésions pulmonaires.

M. Lucas-Championnière. — Je suis tout à fait d'accord avec ceux qui ont pris la parole ; il ne faut pas confondre le fait que j'ai apporté avec les faits d'irritation locale et d'accidents cutanés dus à un pansement iodoformé. Toutefois, n'oublions pas que dans ces cas, même s'il y a une action directe sur la peau tout à fait incontestable, il y a aussi un phénomène d'intoxication. Il y a surtout une idiosyncrasie tout à fait particulière.

J'ai vu de ces faits très curieux, surtout à une époque ou j'ai employé des gazes plus chargées d'iodoforme que celles que j'emploie aujourd'hui. Dans ces gazes, il y avait aussi des cristaux d'iodoforme, et aujourd'hui je n'emploie que des gazes fabriquées avec de l'iodoforme dissous.

Néanmoins, j'ai vu quelques cas dans lesquels l'idiosyncrasie était frappante, et l'intoxication très marquée par des doses infimes.

J'ai vu des accidents chez un sujet chez lequel j'avais renoncé au pansement. Quelques jours plus tard, par erreur on lui mit *une demi-heure durant* un fragment de gaze iodoformée au niveau d'une petite escarre du sacrum. Il eut, à la suite de ce séjour insignifiant d'un fragment insignifiant de gaze iodoformée, une éruption généralisée qui fut tout à fait accentuée à distance et séparée de la région où le fragment avait été placé. On aurait dit une scarlatine.

Il y a donc pour les pansements comme pour notre intoxication actuelle des idiosyncrasies très marquées.

Aussi je pense que s'il est sage, comme l'indique M. Kirmisson, de doser les quantités injectées, il y a toutes chances que ce dosage ne mettra pas à l'abri d'intoxication pour des doses infimes.

J'ai fait un très grand nombre de ces injections dans des abcès froids sans me préoccuper de la dose injectée. J'ai vu quelquefois un peu d'embarras gastrique témoignant que le sujet était imprégné et un peu intoxiqué par l'iodoforme. Je n'ai jamais rien vu d'analogue à ce que j'ai observé ici.

Je fais remarquer en passant que l'urine a été examinée immédiatement et que nous l'avons trouvée absolument sans albumine. Il n'y avait donc aucune altération rénale antérieure ou consécutive à l'intoxication.

M. Tuffier. — L'importance des doses injectées dans la genèse des accidents iodoformiques n'est pas douteuse, mais la question de *susceptibilité individuelle* ne l'est pas moins. Nous avons tous vu de ces érythèmes avec exfoliation généralisée à la suite d'un simple pansement iodoformé, et pour ma part j'ai vu une malade à qui j'avais enlevé un petit adénome du sein et que j'avais pansée à la gaze iodoformée — il y a quelque dix ans — et qui desquama pendant plus d'un mois de la tête aux pieds ; or cette femme se rappelait avoir eu quelques années auparavant les mêmes accidents après un pansement à l'iodoforme pour une coupure du doigt.

La *tension de la poche* après l'injection d'éther iodoformé, que mon ami Potherat vous a montrée pouvoir aller jusqu'à la rupture, peut déterminer d'autres accidents : j'ai vu chez Verneuil un malade atteint d'un volumineux abcès froid de la racine de la cuisse, et chez lequel on avait fait avec toutes les précautions requises une injection d'éther iodoformé, présenter une gangrène du membre qui nécessita l'amputation. L'opéré succomba et à l'autopsie on trouva l'artère fémorale oblitérée au niveau de l'arcade de Fallope. La pathogénie de l'accident me paraît due à la compression de l'artère sur l'arcade crurale par la poche distendue, et à la gêne de la circulation collatérale.

M. Kirmisson. — Il y a dans la discussion actuelle deux questions distinctes qui se posent. La première est celle des accidents auxquels donne naissance la poudre d'iodoforme employée comme topique dans le pansement des plaies. Tous les chirurgiens savent qu'il y a à cet égard des dispositions individuelles extrêmement variables ; certains malades ne peuvent pas tolérer la plus petite quantité d'iodoforme sans éprouver immédiatement des accidents.

En ce qui concerne le traitement de l'ongle incarné auquel on faisait allusion tout à l'heure, l'expérience a démontré depuis longtemps que la poudre d'iodoforme est le plus mauvais topique qu'on puisse employer ; elle forme des petits grumeaux durs, irritants, qui, trop souvent deviennent le point de départ de lymphangites. Au contraire, dans le traitement des abcès froids par l'injection d'éther iodoformé, en observant les précautions que j'ai rappelées tout à l'heure, je n'ai jamais vu d'accidents ; j'en con-

clus donc que la dose a une importance considérable, et qu'ici la disposition individuelle ou l'idiosyncrasie ne se manifeste guère.

Si j'ai pris la parole à ce sujet, c'est parce que depuis quinze années que je fais d'une manière spéciale de la chirurgie infantile, j'ai fait des milliers d'injections d'éther iodoformé, toujours avec les résultats les plus avantageux, et sans avoir jamais d'accidents. Je ne voudrais pas que, mal interprétée, l'observation de M. Lucas-Championnière pût nuire, dans l'esprit de quelques chirurgiens, à ce moyen merveilleux.

M. Lucas-Championnière. — Je constate avec plaisir que ma communication sur un fait isolé a amené le récit d'un certain nombre de faits du même ordre qui n'avaient pas été publiés.

Je ne les crois pas tout à fait superposables aux faits d'intoxication par les applications topiques. Mais ils sont évidemment de la même famille. Si nous devions les discuter, il faudrait les analyser avec soin et les différences ne seraient pas sans intérêt.

Malgré l'insistance de M. Kirmisson, je pense que rien ne démontre que la précaution d'employer des doses minimes mette à l'abri de ces accidents. Sans doute, la précaution est sage. Elle est particulièrement nécessaire dans la chirurgie des enfants qui paraissent plus sensibles à l'action de l'iodoforme. Mais il reste trop d'inconnu dans ces faits très rares et très singuliers d'intoxication, pour que nous ayons le droit d'assurer que nous sommes en possession d'une méthode qui nous mette à l'abri.

Présentations de pièces.

1° *Rein suppuré*; 2° *Rein tuberculeux.*

M. Bazy. — Les deux pièces que je vous présente sont deux reins que j'ai enlevés par néphrectomie lombaire, l'un dimanche dernier, l'autre ce matin.

L'un est un gros rein suppuré qui mesurait, à l'état frais, au moins 15 centimètres de long, et dont le diagnostic eût semblé très facile.

L'autre au contraire est un rein tuberculeux tout petit, et qui, à en juger par l'aspect extérieur, paraît sain; — or, vous verrez qu'il contient des cavernes tuberculeuses — et contrairement à ce qu'on pourrait croire, le diagnostic était difficile dans le premier cas (il s'agissait d'un homme et la tumeur était sous-costale) et facile dans le second (il s'agissait d'une femme).

Chez les deux malades, le diagnostic a été fait par les moyens cliniques dont nous disposons, c'est-à-dire douleur para-ombilicale et lombaire, douleur urétérale inférieure, légère hypermégalie rénale ou plutôt défense musculaire, et enfin épreuve du bleu de méthylène qui s'est éliminé dans les délais normaux, montrant que le rein était sain.

Chez la femme, en outre, on sentait l'uretère qui était peu volumineux et à peine induré comme vous le voyez.

Chez l'homme qui a été vu avec mon ami Ricard, la séparation eût été impossible sans chloroforme et encore peut-être même avec chloroforme, la vessie étant là intolérante, le malade urinant toutes les demi-heures le plus souvent. Or, dans l'opération, ce que le malade redoutait le plus, c'était le chloroforme, de sorte que nous aurions tourné dans un cercle vicieux si j'avais voulu le faire.

Mais il faisait lui-même spontanément cette séparation, car de temps en temps il avait des urines claires avec élévation de température et puis des débâcles purulentes avec chute de la température.

Dans la plupart des observations, on peut ainsi trouver un ou plusieurs signes qui vous dispensent de manœuvres douloureuses, ou dangereuses ou impossibles.

Le malade va bien actuellement.

Dans la seconde, qui a été vue avec mon maître le professeur Guyon, qui confirma le diagnostic et conseilla l'intervention, la séparation a été faite parce qu'il l'avait demandée : elle était facile ; je l'ai faite, et elle n'a fait que confirmer le diagnostic de l'intégrité du rein gauche que le bleu de méthylène m'avait fait diagnostiquer.

Vous voyez donc qu'on peut faire des diagnostics précoces, même par les seuls moyens cliniques et surtout avec eux.

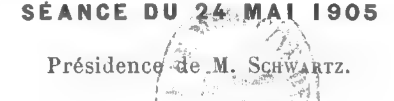
Le secrétaire annuel,

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 24 MAI 1905

Présidence de M. Schwartz.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. A. Demmler.

M. Demmler, *membre correspondant.* — A la suite des dernières communications sur les résultats des amputations faites pour des gangrènes par oblitération artérielle, je viens citer le cas suivant.

Dans le décours d'une broncho-pneumonie grippale le soldat D..., du 32[e] de ligne, à Tours, fut atteint de gangrène sèche du membre inférieur droit, consécutive à une artérite infectieuse. Je l'amputai environ un mois après le début de cet accident. En raison des limites de la gangrène qui remontait très haut en avant, après avoir hésité entre une désarticulation et une amputation haute, je pratiquai cette dernière opération avec lambeau postérieur, et section de l'os un peu au-dessus du 1/3 supérieur. Je dus exciser en remontant assez haut dans le lambeau une partie de quelques muscles dont la couleur feuille morte indiquait une altération histologique incompatible avec leur vitalité ultérieure. J'enlevai dans la fémorale quelques débris d'un caillot pulvérulent ressemblant à un amas de sciure de bois brunâtre. Aucun écoulement de sang. La réunion se fit normalement, sauf en un point au niveau du moignon osseux; où la peau insuffisamment garnie présenta un léger sphacèle qui nécessita une résection osseuse de 2 à 3 centimètres. La cicatrisation se fit ensuite sans

nouvel incident, le malade put se lever avec un moignon paraissant suffisamment matelassé pour supporter la pression de l'appareil orthopédique qui avait été commandé. Malheureusement, au bout de quelques semaines, D..., présenta de la perte d'appétit, de l'amaigrissement, un sentiment de lassitude généralisée, et il finit par succomber à la cachexie.

L'autopsie révéla dans le domaine circulatoire des lésions curieuses. L'artérite remontait jusqu'au tronc de l'iliaque primitive qui renfermait le même caillot pulvérulent que celui observé pendant l'opération. L'examen bactériologique démontra la présence de bacilles coli en quantité considérable.

Les deux reins étaient complètement sclérosés et réduits au 2/3 de leur volume.

En présence d'une artérite aussi étendue, d'une cachexie aussi généralisée, la vitalité des tissus avait été néanmoins suffisante pour permettre la constitution d'un moignon capable (en tant qu'on pouvait l'apprécier quelques semaines après l'opération) de supporter la pression d'un appareil orthopédique.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement du delirium tremens par les injections de sérum artificiel.

M. Quénu. — Je n'ai pas l'intention de discuter après M. Picqué la nature du délire post-traumatique; les accidents délirants qui suivent les traumatismes ou les opérations, relèvent certainement de pathogénies différentes : les uns appartiennent aux septicémies, les autres à des intoxications médicamenteuses; d'autres, enfin, sont entièrement indépendants de ces deux causes, puisqu'ils s'observent à la suite de traumatismes sans plaies, chez des individus qui n'ont été soumis à aucune thérapeutique, mais qui, la plupart, étaient des intoxiqués chroniques par l'alcool.

Pour ceux-là, M. Guinard a soulevé la question du traitement. Doit-on, chez les alcooliques atteints d'une crise aiguë de délire post-traumatique, administrer de l'alcool sous une forme quelconque, vin ou potion de Todd, comme nous l'ont enseigné nos maîtres, et comme paraissent le faire la plupart des chirurgiens?

J'ai entendu avec plaisir MM. Picqué et Berger nous dire que les aliénistes se montrent opposés à l'administration de l'alcool. Pour ma part, après avoir vu donner du rhum ou du vin aux malades atteints de delirium tremens, je suis arrivé à cette con-

viction que la médication par l'alcool ne sert pas à grand'chose, et qu'elle est même nuisible.

D'autre part, endormir coûte que coûte par les opiacés ou le chloral, un malade agité et délirant, ce n'est faire que de la médecine symptomatique, c'est ajouter un poison à un autre poison. J'ai pensé qu'il fallait envisager la question à un autre point de vue, considérer les malades atteints de delirium tremens comme des intoxiqués, quel que soit d'ailleurs le mécanisme de cette intoxication, qu'elle soit directement le résultat de l'alcool ou qu'elle soit plutôt l'effet de l'alcool sur les émonctoires qui, à un moment donné sous une influence nerveuse quelconque, deviennent insuffisants. En partant de ces données, c'est-à-dire de l'idée d'une auto-intoxication, il nous semblait logique de chercher avant tout à favoriser l'élimination des produits toxiques, et l'emploi du sérum artificiel nous parut le moyen le plus puissant pour réaliser cette élimination. Depuis plus de huit ans, nos alcooliques atteints de délire sont uniquement soumis à ce traitement qui, aujourd'hui, a fait ses preuves. En janvier 1900, mon interne, M. Masbrenier, avait, sur ma demande, publié un court article dans la *Presse Médicale* et intitulé : *Traitement du delirium tremens par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.*

Depuis, ce traitement a été préconisé en Amérique. C'est ainsi que le Dr Warbasse (de New-York), pratiqua dans le service de Pilcher (de Brooklyn) une injection intra-veineuse d'eau salée chez un individu atteint de délire alcoolique post-traumatique. L'emploi de calmants et d'autres moyens usuels de traitement était resté sans effet, et, au cinquième jour de la maladie, les symptômes s'étaient aggravés au point que l'issue fatale paraissait imminente. Quelques heures après l'injection, les accidents cessèrent (*Semaine Médicale*, 1901, p. 96).

Il est à remarquer, du reste, que les médecins, non des moindres, étaient arrivés par la simple observation clinique à l'usage de moyens thérapeutiques qui favorisent, eux aussi, la diurèse; c'est ainsi que Trousseau et Vulpian avaient adopté la digitale et renoncé à l'opium. Les lavements froids recommandés par Magnan et les bains froids préconisés par Letulle, outre leur action sédative, peuvent agir dans le même sens.

Quoi qu'il en soit, une expérience clinique de sept à huit ans m'a démontré la supériorité des injections de sérum artificiel sur les autres moyens thérapeutiques. Je proscris tous les déprimants, opium, morphine et chloral, et si j'ajoutais un médicament aux injections de sérum, ce serait en cas de faiblesse cardiaque, et, à l'exemple de mon collègue Chauffard, l'injection sous-cutanée de sulfate de strychnine.

M. Broca. — J'ai laissé passer la dernière séance sans remercier M. Picqué d'avoir transmis à la postérité une boutade qui ne m'en avait pas semblé digne, car je voulais avoir sous les yeux le texte de sa réponse, et notre *Bulletin* ne m'avait pas encore été distribué. J'avais cru comprendre, à l'audition, que M. Picqué me reprochait de m'être documenté auprès d'un romancier, tandis que lui s'était instruit en psychiatrie auprès des Magnan, des Dagonet, etc. La lecture a confirmé cette impression. Je ne saurais prétendre, en effet, avoir, avec ces aliénistes éminents, des rapports suivis comme ceux de M. Picqué, mais je ne saurais, non plus, ne pas vous signaler ce fait que dans les deux cas publiés par M. Picqué à l'appui d'une thèse que je continue à croire très exagérée, les certificats d'entrée *et de sortie* signés par MM. Magnan et Dagonet ne parlent que de délire alcoolique et non de délire septique. L'opinion que j'ai soutenue me paraît donc, pour les faits actuellement publiés, être la même que celle de ces maîtres.

M. Bazy. — J'emploie le vin opiacé que nous a appris à donner notre maître commun, à M. Quénu et à moi. M. Richet nous écrit à cause du mot : petites doses de sulfate de strychnine que donne de temps en temps M. Quénu. Je n'ai pas qualité pour parler de la strychnine, mais je puis dire que M. Fernet, dont on connaît la grande prudence, donne avec succès, contre le délire alcoolique, de très hautes doses de strychnine.

M. Broca. — Je me range également parmi ceux qui ne donnent point d'alcool aux blessés atteints de délire alcoolique. J'y ajoute généralement des injections de sulfate de strychnine à la dose de 3 milligrammes.

Néphrectomie.

M. Bazy. — Je dépose sur le bureau de la Société les observations des deux malades auxquels j'ai enlevé les reins que j'ai montrés dans la dernière séance.

I. — La première observation a trait à un rein atteint de pyélonéphrite suppurée et que j'ai enlevé chez un homme de quarante-deux ans, M. L.

Voici son histoire d'après les renseignements fournis par le Dr Lemoult, son médecin.

Il consulte le Dr Lemoult pour la première fois le 18 janvier dernier pour des troubles dyspeptiques; il avait perdu l'appétit, la langue était sale, il avait des cauchemars, il était énervé, mais

il n'avait pas de fièvre ; le Dr Lemoult constata simplement un gros foie.

Il ne revit son malade que le 22 mars et à ce moment il avait de la fièvre, des urines troubles, des envies d'uriner beaucoup plus fréquentes que d'habitude, tant diurnes que nocturnes.

Il existait un peu d'endolorissement dans la région rénale droite, de la défense musculaire sans tumeur appréciable, la température était ce jour-là de 39°9.

Elle baissa après trois jours pour osciller autour de 38 degrés. Régime lacté. Repos au lit.

Il réussit à obtenir une consultation, et je fus appelé le 11 avril.

Je constatai les phénomènes suivants :

Pollakiurie nocturne aussi bien que diurne. Toutes les heures, nuit et jour, quelquefois tous les trois quarts d'heure, toutes les demi-heures.

Douleur para-ombilicale droite nette.

Douleur lombaire et douleur sous-costale, celles-ci moins nettes.

Douleur urétérale inférieure ou sus-prostatique droite.

Pas de douleur au niveau du col vésical.

Rien à gauche.

Je portai le diagnostic de pyélonéphrite droite et, comme le sujet est un peu gibbeux, je pensai à la tuberculose rénale et je conseillai l'examen bactériologique et l'inoculation.

L'examen fait par le Dr Barlerin a donné les résultats suivants : staphylocoques, quelques courtes chaînettes de streptocoques, diplocoques et vibrions saprophytes, bactéries de la fermentation urinaire.

Quant à l'inoculation faite le 14 mars, pour le dire immédiatement, elle fut négative ; l'inoculation fut faite sous la peau, et le cobaye maigrit tout d'abord, un ganglion apparut ; mais bientôt il se résorba et le cobaye engraissa.

Deux analyses d'urine furent faites à deux reprises.

L'analyse d'urine faite le 20 mars avait donné les résultats suivants :

Volume . . . . 660 cent. cubes.
Densité 1029

	Par litre.	Par 24 heures.
Urée	30,744	20,291
Acide urique	0,369	0,243
Phosphates	1,581	1,043
Chlorures	10,114	6,675
Albumine	0,400	0,264

Leucocytes très nombreux. Quelques hématies et cellules épithéliales de la vessie et du bassinet.

Faite à nouveau le 3 avril, elle donne ces résultats :

Volume	2800 cent. cubes.	
Densité	1011	
	Par litre.	Par 24 heures.
	—	—
Urée	6,406	17,236
Acide urique	0,033	0,092
Phosphates	0,697	1,951
Chlorures	1,286	3,600
Albumine	0,224	0,627

Très nombreux leucocytes, hématies, cellules épithéliales pavimenteuses, petits cylindres hyalins.

La fièvre continua avec des chutes coïncidant avec des débâcles urinaires, puis des périodes très courtes d'urines claires où la fièvre montait, et je ne revis le malade que le 28 avril; il urinait toutes les demi-heures, quelquefois tous les trois quarts d'heure, rarement toutes les heures. Je proposai à ce moment, d'une façon catégorique, une intervention, mais l'on ferait d'abord l'épreuve du bleu de méthylène.

Ma proposition souleva dans la famille une protestation et il fut convenu qu'on ferait appeler notre collègue et ami Ricard.

Celui-ci pensa que très probablement les deux reins étaient pris et dit qu'il ne conseillerait l'intervention qu'après séparation de l'urine des deux reins.

C'est dans ces conditions que, huit jours après, nous nous réunîmes, les Drs Ricard, Lemoult et moi. Là, il fut convenu que l'intervention s'imposait, que l'urine étant à certains moments limpide, certainement le deuxième rein n'était pas atteint de pyélonéphrite, qu'en outre il fonctionnait bien, puisque l'épreuve du bleu de méthylène avait donné des résultats favorables comme l'indique la note ci-dessous reproduisant les conclusions du Dr Barlerin qui avait été chargé de la recherche du bleu :

L'épreuve de bleu de méthylène a permis de poser les conclusions suivantes :

1° Le début de l'élimination du bleu a été retardé : le début de l'élimination du chromogène a été normal.

2° La durée de l'élimination a été normale (environ quarante-huit heures) ;

3° La marche a été irrégulière, au début, pour le chromogène.

4° L'intensité d'élimination est faible pour le bleu, normale pour le chromogène ;

5° Le bleu s'est éliminé en presque totalité sous forme de chromogène.

L'opération de la néphrectomie n'a pu être pratiquée que le 14 mai.

Je vous ai communiqué la pièce.

Vous avez vu qu'il s'agissait d'un rein atteint de pyonéphrose avec distension du calice et du bassinet; la substance rénale était réduite à l'épaisseur de 2 à 3 millimètres dans tous les points.

Le bassinet était épaissi et dilaté; l'uretère était très épaissi; il avait plus d'un centimètre de diamètre, la lumière était rétrécie.

Comme l'avait indiqué l'inoculation au cobaye, rien n'indiquait sur la pièce une tuberculose rénale, sauf l'épaississement de l'uretère (1).

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que, malgré son gros volume, ce rein était difficilement accessible. En effet il débordait de très peu, peut-être 3 ou 4 centimètres, le rebord costal, tout le reste étant caché dans le thorax, derrière les côtes : si l'on tient compte de la défense musculaire pendant l'examen, on comprendra que l'on ne put avoir qu'une sensation de résistance, de rénitence, je ne dis pas d'empâtement. C'est pourquoi ici la constatation de la douleur para-ombiliale, celle de la douleur lombaire et celle de la douleur urétérale inférieure avaient tant de valeur.

Actuellement les urines sont à peu près limpides, elles sont abondantes : 1100, 1000, 1200 centimètres cubes et plus.

Les mictions se font toutes les deux, trois, quatre heures, et même plus rarement. Le malade commence à s'alimenter malgré un léger état fébrile tenant à la suppuration de la cavité, inoculée par le pus très septique que contenait le rein.

Actuellement, la fièvre est complètement tombée.

Tout autre est l'observation du deuxième rein.

II. — Ici il s'agissait d'une tuberculose rénale, et point important à noter, d'une tuberculose rénale au début, tout juste au début, puisque les parois du calice dilatés étaient tapissées non

(1) Au moment de la correction des épreuves, je reçois du Dr Barlerin la note ci-dessous :

« Le 15 avril un cobaye du poids de 705 grammes a été inoculé sous la peau de la cuisse droite avec 1 centimètre cube du sédiment urinaire après centrifugation.

« L'animal maigrit puis engraisse.

« L'examen de la région ganglionnaire a montré le 28 avril une induration légère du côté inoculé, induration qui persistait le 3 mai et s'atténuait le 9 mai.

« Le 17 mai, on sent nettement un ganglion induré dans la région inguinale droite, ganglion gros comme une petite noisette. Pas de ganglion à gauche du côté sain.

« Le 20 mai, le ganglion induré est extirpé sans sacrifier l'animal : ce ganglion décortiqué est écrasé et trituré dans un mortier de verre stérilisé.

« L'examen microscopique après double coloration par la fuchsine phéniquée de Ziehl et le vert de méthyle permet de constater la présence de bacilles de Koch peu nombreux, mais très nettement colorés et cela dans plusieurs préparations. »

par une membrane d'aspect caséeux mais par une membrane violacée légèrement mamelonnée, comme framboisée, parsemée d'un piqueté discret de taches jaunes qui étaient des tubercules en voie de caséification. Il n'a pas été présenté ici de pièce où la tuberculose fut moins avancée qu'ici.

C'est bien là un type de tuberculose au début, et ce fait est intéressant, puisqu'il prouve qu'on peut faire un diagnostic de tuberculose rénale au début par des moyens simples, par des moyens à la portée de tout le monde, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à un appareil instrumental spécial.

Sans doute, j'ai employé ici le séparateur; mais ce séparateur n'a fait que donner une confirmation d'un diagnostic préalablement établi, et si je m'en suis servi, c'est, d'une part, pour obéir à un désir exprimé par mon maître M. Guyon qui avait vu la malade en consultation avec moi; d'autre part parce que l'opération était ici facile, la vessie étant tolérante et n'étant pas infectée.

Une particularité intéressante de ce cas est la suivante : Au début, quand j'ai vu la malade, elle avait évidemment une poussée aiguë du côté et surtout autour de son rein malade, qui était le droit. Aussi quand je l'ai examiné pour la première fois le 12 décembre dernier, on sentait dans la région du rein droit plutôt de l'empâtement que le rein lui-même; elle avait à ce moment très nettement le point para-ombilical.

Par le toucher vaginal, on sentait un uretère un peu augmenté de volume, un peu induré, mais régulier et pas noueux; il était à peine douloureux, le point urétéral inférieur était toutefois très net.

Plus tard, tous ces points douloureux à la pression ont disparu; mais la veille de l'opération, je sentais encore par le toucher vaginal l'uretère avec les caractères qu'il avait au début.

Le point le plus intéressant, toutefois, réside dans ce fait que l'empâtement de la région rénale s'est résorbé peu à peu, et que nous avons très bien pu sentir le rein descendant peu à peu, au point que, tout d'abord, on sentait son pôle inférieur avec une bosselure, puis le tiers inférieur, toute la moitié inférieure avec cette bosselure très nette, et enfin, dans le dernier mois, nous nous trouvions en présence d'un véritable rein mobile, qui descendait de telle manière qu'on pouvait mettre le pouce au-dessus de son extrémité supérieure. Ce rein ne paraissait pas augmenté de volume, mais il était bosselé, et les bosselures siégeaient aux deux extrémités ou plutôt au voisinage des deux extrémités, et nous avons pu voir, une fois le rein enlevé et coupé, que ces bosselures correspondaient aux fongosités tapissant les calices.

La mobilité rénale s'est produite sous nos yeux. Existait-elle avant que je n'aie examiné cette malade? C'est possible. En tout

cas, la périnéphrite dont nous avons trouvé quelques traces lors de l'opération avait, pendant un moment, immobilisé ce rein.

Avant ma première visite, on avait fait un examen bactériologique de l'urine, et on avait vu deux bacilles acido-résistants sur une préparation ; quinze jours après, une deuxième analyse, faite par mon chef de laboratoire, le Dr Lanbry, avait montré des bacilles en amas sur plusieurs préparations, et un cobaye inoculé était devenu tuberculeux.

J'ai fait la séparation, ai-je dit, en même temps que j'injectais le bleu de méthylène.

Dès le premier verre, le chromogène passait; le bleu, très légèrement.

L'élimination en vingt-quatre heures atteignait près de 25 milligrammes.

La séparation indiquait ce que la clinique nous avait montré : l'intégrité du rein gauche.

L'urine venant de ce côté, était limpide et bleue; celle du côté droit trouble et jaune. Cette dernière ne contenait pas de bacilles de Koch, du moins sur les préparations.

Mais des inoculations furent faites sur dix cobayes. Au quinzième jour, on sacrifiait un cobaye : il était tuberculeux. Un des autres, sacrifié dix jours après, l'était aussi. L'opération fut acceptée. Je l'ai faite il y a huit jours. Aujourd'hui, la malade va aussi bien que possible. Pas d'élévation de température. La malade urine de 700 à 800 grammes par jour et mange avec appétit. Au moment de la correction des épreuves, cet état se continue.

Communications.

De la restauration rapide des fonctions à la suite des sutures nerveuses secondaires,

par M. CHAPUT.

La doctrine qui prévalait à la Société de chirurgie en 1902 au sujet des plaies des nerfs consistait à dire, avec Lejars, Quénu, Ricard, Delbet, que, après une section nerveuse les tubes nerveux dégénèrent fatalement et qu'en aucun cas, ni dans les sutures immédiates, ni dans les sutures secondaire, son ne saurait obtenir la restauration rapide des fonctions.

Les protestations de MM. Potherat, Monod, Reynier, Routier restèrent sans écho, bien qu'elles s'appuyassent sur des faits bien

observés et indiscutables. Le moment me paraît venu de reprendre la question à la lumière des faits nouveaux.

Je laisserai de côté pour le moment la question des sutures immédiates et m'efforcerai de prouver par des observations personnelles que la suture secondaire peut être suivie de restauration très rapide ; nous en verrons plus tard l'explication.

Voici d'abord ma première observation :

Obs. I. — *Plaie du nerf médian suivie d'anesthésie et de troubles trophiques (panaris analgésique). Une première suture nerveuse échoue. Deuxième suture nerveuse, guérison et réparation rapide.*

M[lle] S..., âgée de dix-sept ans, tomba en juillet 1903 sur un tesson de bouteille, il en résulta une plaie du médian au poignet droit qui fut d'abord méconnue. En novembre 1903, l'index et le médian présentèrent des signes de panaris analgésique qui furent suivis de suppuration et d'atrophie ou d'élimination partielle de la phalangette de ses doigts. A cette époque, M. Monod pratiqua la suture du médian qui améliora l'état des doigts qui devinrent moins cyanosés.

Les phénomènes d'œdèmes et de cyanose se reproduisirent en 1904.

Examinée en novembre 1904, la malade présente au poignet une cicatrice correspondant à l'opération précédente; à ce niveau la pression détermine des irradiations douloureuses dans les doigts.

L'index du côté dorsal est gros, rouge violacé, brillant ; la troisième phalange très atrophiée porte un rudiment d'ongle recourbé en crochet.

Le médius est moins cyanosé; il présente à sa face dorsale des points rouges ressemblant à des piqûres d'insecte, un de ces points laisse sourdre de la sérosité, la troisième phalange est atrophiée avec un ongle rudimentaire; l'annulaire paraît un peu atrophié au niveau de la face interne de sa première phalange.

L'anesthésie est complète sur tout le territoire du médian. La malade ne peut se servir de sa main malade à cause de son anesthésie et des phlyctènes qui surviennent quand elle expose sa main au froid, à l'eau, aux heurts ou aux frottements.

Le 15 *novembre* 1904, je mets à nu le médian et je le trouve névromateux dans une longueur de 5 à 6 centimètres. J'en fais l'élongation pour gagner en peu de longueur, mais sans grand profit. Je résèque le bout supérieur au tissu sain et plus bas en plein névrome; il reste environ 2 centimètres de ce dernier; je suture le nerf au catgut fin. Suture des parties molles sans drain.

Le 16 *novembre* 1904, la maladie déclare ressentir dans les doigts des fourmillements et une sensation de chaleur.

Le 20 *novembre* 1904, l'index n'est plus violacé, il est blanc rosé. Sa face dorsale insensible avant l'opération perçoit maintenant la piqûre de l'épingle.

En janvier 1905 la malade présente une grosse phlyctène de l'index résultant de l'exposition à l'eau froide.

En *février* 1905, la sensibilité à la douleur existe nettement aux doigts sur le territoire du médian, toutefois elle paraît moins vive que sur le territoire cubital.

En *mai* 1905, la guérison est parfaite, la couleur des doigts est normale, sauf celle de l'index encore un peu congestionné ; la sensibilité est

à peu près normale et la malade peut se servir de sa main comme avant sa blessure.

L'examen du nerf pratiqué par M. Cornil montre des lésions tout à fait comparables à celles des névromes d'amputation. Mais avec conservation de la myéline.

Je signale spécialement l'insuccès de la première suture que je ne sais comment expliquer.

En second lieu l'étendue du névrome (5 à 6 centimètres) est intéressante ; j'ai dû laisser en place les 2 centimètres les plus inférieurs de ce névrome et j'y ai fixé le bout supérieur sain ; l'élongation préalable du nerf ne m'avait fourni qu'un allongement minime.

Notons encore la disparition en cinq jours de la couleur violacée de l'index et de l'anesthésie. On peut critiquer le retour de la sensibilité et l'attribuer à la suggestion ; mais la décongestion de l'index est un phénomène physique indéniable qui a pu être contrôlé par tous les assistants. Ultérieurement la malade a conservé une sensibilité trophique de son index puisqu'elle a eu en janvier 1905 une grosse bulle résultant de l'exposition à l'eau froide.

Elle peut maintenant travailler sans gêne aucune et sans douleur et l'on ne peut vraiment nier ici une restauration rapide des fonctions du nerf médian équivalant à une réunion immédiate absolue.

Obs. II. — *Plaie du nerf médian. Névrome traumatique. Anesthésie complète. Résection et suture normale. Retour très rapide de la sensibilité.*

Il s'agit d'un malade qui me fut adressé par mon ami le Professeur Thierry, de Tours. Le 25 septembre 1896 M. B..., âgé de quarante-neuf ans, se donne un coup de serpette sur le milieu de la face antérieure du poignet. Au bout de quelques semaines il s'aperçoit de phénomènes anormaux : douleurs dans tout le bras, anesthésie tactile, douloureuse et thermique sur tout le territoire du médian. Il raconte encore que des phlyctènes apparaissent de temps en temps à l'extrémité des dernières phalanges et durent quelques jours. A l'entrée on constate une cicatrice linéaire de 2 centimètres à la face antérieure de l'avant-bras. La sensibilité des doigts est complètement abolie sur le territoire du médian pour le tact. la douleur et la température.

L'éminence thénar est nettement atrophiée, les ongles sont cassants la peau de la main est rouge et luisante et les doigts sont violacés.

Le 13 *mai* 1897 je mets le médian à nu; il présente un névrome traumatique de 15 millimètres; résection large du névrome, 3 sutures à la soie. Suture des parties molles, immobilisation en flexion.

Le 14 *mai* le malade ressent des fourmillements dans les doigts. Le 15 *mai* les doigts sont moins rouges et moins froids qu'avant l'opération. La sensibilité à la douleur est bien perçue sur les doigts innervés par le médian.

Le 22 *mai*, la main est moins rouge ainsi que les doigts. Le malade

commence à distinguer les deux pointes du compas avec un écartement variant de 1 centimètre et demi à 2 ou 3 centimètres selon les doigts.

Le 18 *juin* 1897, le Dr Thierry m'écrit que la sensibilité est redevenue parfaite et que les deux pointes du compas sont perçues distinctement sur tous les doigts, sauf à la phalangette de l'index. L'examen microscopique pratiqué par M. Gombaut a montré des lésions comparables à celles des névromes d'amputation, c'est-à-dire une production de tissu interfasciculaire avec destruction des fibres à myéline remplacées par des fibres d'aspect embryonnaire et un enchevêtrement extrême de ces fibres.

J'ai reçu cette année des nouvelles du malade qui continue à jouir d'une guérison parfaite; il signale seulement qu'en hiver ses doigts deviennent facilement violacés.

Cette observation est superposable à la précédente; même décongestion des doigts, même rapidité du retour de la sensibilité, guérison fonctionnelle complète et rapide.

Obs. III. — *Plaie du nerf cubital datant de quatorze ans avec main en griffe. Suture nerveuse, restauration de la sensibilité et des mouvements en quinze jours.*

Il s'agit d'un malade présenté à la Société de chirurgie le 17 mai 1905.

R..., blanchisseur, trente-huit ans, a été blessé il y a quatorze ans par un éclat de vitre à la région interne du poignet; aucune opération ne fut faite; aussi le malade vit-il apparaître au bout de quelque temps l'attitude de la griffe cubitale.

A l'*entrée* on constate la griffe en question compliquée de rétractions fibreuses; la flexion est d'autant plus marquée qu'il s'agit d'un doigt plus interne; l'index peut être redressé complètement, mais la deuxième phalange du médius et de l'annulaire ne se laissent pas étendre complètement, l'auriculaire fléchi en crochet et ne peut pas du tout être redressé.

Les espaces intermétacarpiens sont très excavés, surtout le premier et le second; de même l'éminence hypothénar est atrophiée aussi.

Anesthésie complète du petit doigt de la région du cinquième métacarpien et de la face interne de l'annulaire. Au niveau de la cicatrice du poignet on constate un noyau cicatriciel correspondant au nerf coupé.

Le 4 *février* 1905 je vais à la recherche du nerf coupé, je trouve les deux bouts du nerf séparés par des tractus fibreux de 6 à 8 millimètres de long.

Le bout supérieur, très renflé, mesure 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large.

Le névrome du bout inférieur mesure 10 millimètres sur 5 millimètres.

Je sectionne le bout inférieur à la limite du névrome; j'enlève les 4/5 du névrome supérieur, puis je fends longitudinalement le bout supérieur sur une longueur de 2 centimètres environ. J'introduis le bout inférieur entre les deux valves et je le suture.

Le poignet est immobilisé en flexion forcée pendant un mois.

Le 20 *février* l'exploration de la sensibilité sur le territoire cubital montre que le malade distingue le chaud du froid, et qu'il reconnaît

la tête de la pointe d'une épingle. Vers le milieu de mars, quinze jours après qu'il a recommencé à se servir de sa main, il se sent beaucoup plus vigoureux et adroit de sa main, et il peut s'en servir pour beaucoup d'usages, ce qu'il ne pouvait faire avant son opération.

Le 17 *mai* 1905, la sensibilité persiste, le malade se sert bien de sa main; on constate que les interosseux se contractent vigoureusement; l'atrophie des deuxième, troisième, quatrième espaces interosseux est très diminuée, celle du premier espace est moins effacée.

Je note en passant le mode de suture en fourche que j'ai employé à cause de la difficulté de rapprocher les deux bouts; j'ai coupé le bout inférieur au delà du névrome, j'ai réséqué seulement une partie du névrome supérieur et j'ai fendu ce reste de névrome ainsi que le tronc lui-même en deux bandelettes égales. J'ai fixé le bout inférieur au catgut dans l'intérieur de cette fourche.

Dans les deux premières observations, on pouvait m'objecter qu'il s'agissait de nerfs sensitifs, que la recherche de la sensibilité exposait à des erreurs sans nombre, et que les constatations de ce genre ne sauraient entraîner la conviction absolue.

Or, dans notre troisième observation, il s'agit d'un nerf moteur, le cubital, actionnant les interosseux, et dont la paraysie provoque une infirmité considérable. Or, au bout de quinze jours, la sensibilité tactile à la douleur et au froid est revenue, et lorsque après une immobilisation d'un mois en flexion forcée le malade recommence à se servir de sa main, il constate au bout de quelques jours qu'il est beaucoup plus vigoureux et adroit de cette main; cette amélioration n'est nullement subjective puisque, quelques semaines après, on constate une diminution notable de l'atrophie des interosseux, puisqu'on peut constater *de visu* les mouvements révélateurs de la contraction des interosseux. Nous voilà bien loin de la réparation lente demandant six mois, un an ou plus, admise par nos collègues Lejars, Delbet, Quénu, Ricard et autres.

A ne s'en tenir qu'aux faits cliniques, la restauration rapide après suture secondaire des plaies nerveuses est un fait démontré; il en existe un grand nombre d'observations qui ont été relatées dans une revue que j'ai publiée en 1884 sur la suture des nerfs; mais nous sommes tellement les esclaves des théories régnantes, que quand les faits ne cadrent pas avec les théories actuellement en honneur, nous préférons nier les faits eux-mêmes plutôt que de mettre en doute les théories. Dans l'espèce, la théorie de la réparation du nerf dégénéré par un bourgeonnement venu du bout supérieur nous a complètement obnubilés pendant de longues années.

Heureusement que les faits restent et que les théories passent.

Les travaux modernes tendent de plus en plus à établir à côté

de la théorie du bourgeonnement, dont l'existence n'est d'ailleurs pas contestée, celle de la régénération autogénique.

Depuis longtemps Neumann (1868), Schiff (1854), Philippeaux et Vulpian (1859) admettaient la persistance du cylindraxe dans le nerf dégénéré.

Les travaux plus récents de Bungner (1891), Ziegler (1896), Ballance et Steward (1901), Beer et Wilson (1902), Durante (1903) ont établi qu'après section nerveuse le tube nerveux dégénère, la myéline disparaît et le cylindraxe se détruit; puis le tube nerveux se transforme en un bout protoplasmique et en cellules fusiformes qui bientôt se modifient et aboutissent à la formation d'un tissu fibrillaire. Cet état fibrillaire représente l'état embryonnaire des tubes nerveux. Ultérieurement, la substance fibrillaire se transforme en cylindraxe qui s'entoure ensuite de myéline. C'est ce qu'on appelle régénération segmentaire par opposition avec la régénération par bourgeonnement de Ranvier. On consultera avec fruit l'important travail de Durante, article « Nerfs » dans la dernière édition du *Traité d'anatomie pathologique*, de Cornil, dont j'ai pu consulter les épreuves grâce à la bienveillance de M. le professeur Cornil.

On comprend que sur des nerfs ainsi régénérés, la réunion immédiate chirurgicale puisse être suivie d'un retour très rapide des fonctions.

Il paraît donc démontré tant par les observations cliniques que par les travaux histologiques modernes que la réunion immédiate avec restauration rapide des fonctions nerveuses peut s'obtenir et s'obtient en réalité assez fréquemment dans les sutures nerveuses secondaires.

Du lipome périostique

par MM. ED. SCHWARTZ et LOUIS CHEVRIER, prosecteur des hôpitaux.

Le lipome ostéopériostique, caractérisé par son adhérence au squelette passe pour une affection rare. Peut-être cette rareté est-elle plus apparente que réelle, puisque nous pouvons en apporter cinq cas inédits et personnels, siégeant en différentes régions.

Voici ces cinq observations résumées. Elles sont consignées en détail avec les autres observations que nous avons pu trouver sur ce sujet, dans un mémoire complet, remis à la *Revue de chirurgie*.

Obs. I. — C..., femme L..., âgée de cinquante-deux ans.

Il y a dix ans, à la suite d'un violent effort, douleur très vive au niveau de la clavicule. Au bout de quinze jours environ apparaît à ce niveau une petite tumeur qui a lentement grossi. A son entrée, tumeur du

volume d'une mandarine, indolente. Elle est fluctuante à la partie externe : à la partie interne on sent une sorte de pointe dure, comme osseuse. La tumeur adhère nettement à la clavicule.

A l'opération sous une couche de fibres musculaires, on trouve une tumeur encapsulée fixée, à la clavicule par un pédicule osseux qu'il faut rompre. A la coupe, c'est un lipome; l'aiguille osseuse a la forme d'un petit humérus avec trochlée et condyle.

Obs. II. — D..., employé de commerce vingt-quatre ans.

Porte une tumeur à la main droite. Le début de l'affection remonte à trois ans. Pendant son service militaire, la tumeur, d'abord traitée médicalement, a été ensuite incomplètement extirpée.

La tumeur grosse comme une mandarine, fait saillie à la paume et au dos de la main. Elle occupe le premier espace intermétacarpien qu'elle élargit. Elle est molle, lobulée, pseudo-fluctuante, indolore.

A l'opération, on la trouve incluse entre l'interosseux dorsal du premier espace en arrière, et l'adducteur du pouce en avant. Elle est facilement énucléée de ses connexions superficielles, mais elle adhère profondément au premier et deuxième métacarpiens au voisinage de leur base, et à l'aponévrose de l'interosseux dorsal.

Obs. III. — Femme, cinquante-huit ans, domestique.

Il y a, un an, en travaillant à la campagne, elle se heurta la face externe de la cuisse à deux travers de doigt au-dessus du condyle externe du fémur; hématome immédiat avec ecchymose cutanée; la grosseur diminua, puis augmenta de nouveau.

Actuellement, tumeur du volume d'une mandarine sous une peau sillonnée de veines un peu dilatées; elle est dure, sous-musculaire, adhérente à l'os.

Les mouvements du genou sont un peu gênés par suite de la réflexion du quadriceps sur la tumeur. La flexion est un peu douloureuse, l'extension n'est pas complète. A l'opération, sous le vaste externe, on trouve un lipome encapsulé fixé sur une exostose grosse comme une noisette. L'exostose est enlevée ainsi que la capsule de la tumeur, et l'os ruginé.

Obs. IV. — S..., jeune homme âgé de dix-huit ans.

A eu, il y a deux ans, une ostéite tuberculeuse du premier métatarsien.

Le début de la tumeur pour laquelle il entre remonte à neuf ans. Déformation du genou qui s'est accentuée progressivement d'année en année. Aucune douleur, aucun trouble fonctionnel.

A son entrée, augmentation de volume considérable du genou, surtout marquée du côté externe; la tumeur remonte en haut à mi-cuisse tumeur à bosselures molles. La rotule est soulevée en avant des condyles fémoraux par une masse élastique.

La circonférence du genou malade est de 54 centimètres contre 38 du côté sain.

Les mouvements du genou ne sont pas douloureux, mais ils sont limités, l'extension n'est pas complète, la flexion ne dépasse pas l'angle droit.

Il existe un genu valgum assez marqué : sa flèche est de 11 centimètres.

La radiographie montre sur une vue latérale une incurvation marquée du fémur à concavité postérieure; une vue antéro-postérieure montre une incurvation à convexité interne de la partie inférieure du fémur qui semble comme refoulée par une masse transparente.

Le malade a été présenté à la Société de chirurgie avant l'opération.

A l'opération, après biopsie ayant montré la nature lipomateuse de la tumeur, extirpation par plusieurs incisions d'un lipome adhérent au fémur, surtout à la face postérieure un peu au-dessus du condyle externe; prolongemeut intra-articulaire pénétrant dans le genou, soulevant la rotule et adhérant à sa pointe; l'articulation a du être ouverte.

L'opéré guérit, mais garde un genre valgum.

Obs. V. — P..., homme, quarante-cinq ans.

Il y a quinze ans environ paraît une petite tumeur au milieu du dos. Accroissement lent. Elle devient un peu sensible. Elle siège à hauteur de la huitième ou neuvième vertèbres dorsales, un peu a droite de la ligne médiane. Elle est molle, fixée dans la profondeur.

A l'opération, lipome diffus s'insérant à une apophyse épineuse.

Il suffit de lire les rares travaux d'ensemble qui traitent en France du lipome périostique, le chapitre que M. Lannelongue consacre à cette question et la thèse de Hurault, pour voir que sur ce point, le terrain a besoin d'être déblayé. On peut trouver des lipomes adhérents aux membres, au crâne, au rachis.

Mais il faut mettre à part, à notre avis, les lipomes cavitaires intracraniens ou intrarachidiens, qui, très rares d'ailleurs, ont une symptomatologie très spéciale.

De même les lipomes sacrococcygiens, adhérents au coccyx, ne doivent pas être séparés du groupe complexe des tumeurs sacrococcygiennes; l'identité pathogénique ne permet pas la disjonction.

Les lipomes périostiques ont un volume variable; parfois petits, parfois volumineux ; un cas rapporté par Walther et un des nôtres pesaient 1.400 grammes; celui de Seerig était de 7 kilogrammes.

Leur forme n'est pas toujours la même et ils sont constitués tantôt par une masse unique étalée ou pédiculée suivant les cas, tantôt par plusieurs masses distinctes, unies par des portions rétrécies : la tumeur est toujours unique.

Leur consistance habituellement molle est variable suivant les points, et le microscope montre que le lipome pur se transforme fréquemment au voisinage du pédicule en fibro-lipome.

Ces tumeurs, parfois encapsulées, sont le plus souvent diffuses et si dans le premier cas elles n'ont que des relations de contiguité avec la peau, les muscles, les articulations, dans l'autre elles adhèrent à tous ces organes : dans une de nos observations, la tumeur repoussait la synoviale du genou et bombait dans l'articulation, derrière la rotule soulevée.

Les connexions des tumeurs avec le squelette méritent d'être étudiées avec soin; et à ce propos il y a lieu de distinguer des *lipomes ostéopériostiques* très rares d'ailleurs, qui pénètrent dans l'os : les cas de Lannelongue et de Chipault en sont des exemples au crâne; et des *lipomes périostiques* qui adhèrent seulement au périoste.

L'*intimité* de cette adhérence périostique n'est pas toujours la même, et nous nous proposons d'en reconnaître trois degrés. L'adhérence peut être lâche, à peine marquée, comme dans le cas de Petit; il peut y avoir fusion intense avec le périoste, au point que l'extirpation n'est possible que par ablation de la membrane périostique (Bergmann). Beaucoup plus souvent l'adhérence est serrée, mais le bistouri peut faire la séparation de la tumeur et du périoste.

Un autre fait qui ne semble pas avoir beaucoup préoccupé les auteurs qui se sont occupés de ces lipomes, c'est que l'adhérence périostique n'est pas toujours unique. Le contact entre la tumeur et le périoste s'établissait en plusieurs points dans deux de nos observations (condyle interne du fémur et pointe de la rotule dans un cas, base des premier et deuxième métacarpiens dans un autre), il en était de même dans les cas de Heyfelder, de Huckins, de Jeanbrau, dans les deux faits de Braquehaye.

Cette multiplicité des attaches périostiques et leur degré d'intimité variable, nous font admettre qu'il y a des *lipomes primitivement* et *secondairement périostiques.*

Le point d'attache périostique serait toujours, d'après Lannelongue et Walther, voisin d'une épiphyse. La proximité de l'épiphyse principale ou d'un point d'ossification secondaire ne nous paraît pas démontrée dans tous les cas. Parmi les cinq lipomes personnels ci-dessus rapportés, celui qui était fixé au milieu de la clavicule, et celui qui s'attachait à plusieurs centimètres au-dessus du condyle fémoral, étaient distants de tout point complémentaire. Il nous semble donc téméraire de vouloir donner une règle générale sur la localisation des lipomes périostiques. L'étude attentive des autres faits publiés justifie nos réserves sur ce point.

Ces lipomes périostiques s'accompagnent de modifications osseuses de voisinage variables. Développée entre deux os, la tumeur à l'étroit peut les écarter en les aplatissant. Au niveau du crâne, elle s'entoure d'un bourrelet périostique circulaire ou incomplet, qui semble lui limiter comme un nid. Le pédicule peut s'attacher sur une exostose de volume variable, et nous en trouvons deux exemples parmi nos cinq malades. Toutes ces modifications sont connues et décrites dans les observations, sinon dans les textes.

Nous avons observé dans un cas une sorte d'enroulement du fémur avec torsion et formation d'un genu valgum, qui semble le seul cas de déviation accentuée d'un os long. Nous n'en avons pas trouvé d'autre exemple.

La pathogénie de cette affection n'est pas très facile à formuler. Là doit intervenir la distinction établie par nous en lipomes primitivement et secondairement périostiques.

L'histoire clinique plaide parfois en faveur de l'adhérence secondaire d'un lipome banal : le malade de Huckins avait vu débuter près du menton la tumeur qui fut trouvée adhérente aux apophyses transverses. Ces lipomes ordinaires dont nous ne voulons pas étudier la pathogénie, sont fixés par le processus d'irritation chronique qu'ils déterminent autour d'eux.

Il faut chercher dans le périoste l'origine des lipomes périostiques primitifs. Nous laissons de côté, la théorie de la dégénérescence graisseuse de muscles normaux ou anormaux (Pearce Gould, Bloud Sutton) celle de la dégénérescence d'un fibrome (Butlice).

La dégénérescence d'un angiome périostique est possible, et la rareté de l'angiome périostique expliquerait peut-être la rareté des lipomes de même siège; cependant les lipomes nés d'angiomes sont ordinairement fortement vascularisés, et dans aucun cas, sauf celui de Braquehaye, les lipomes périostiques n'ont été trouvés très vasculaires.

Le traumatisme pourrait être invoqué dans certains cas, mais il agit plutôt par irritation, inflammation congestive.

Cette inflammation congestive très localisée, nodulaire du périoste nous semble expliquer la formation d'amas lipomateux, qui pourrait coexister avec des exostoses, nées de la même cause. Cette inflammation nodulaire du périoste pourrait être localisée au voisinage du cartilage de conjugaison et ainsi naîtrait la *théorie du lipome périostique ostéogénique*. Cette théorie que nous émettons et qui explique bien les troubles concomitants de l'ostéogenèse n'est nullement contredite par la restriction que nous avons faite à la formule donnée par Lannelongue et Walther sur le siège de ces tumeurs. Ne sait-on pas que l'exostose ostéogénique née près du cartilage de conjugaison peut être trouvée en pleine épiphyse ou en pleine diaphyse, suivant le côté du cartilage où elle s'est développée, et le moment de la croissance osseuse auquel elle a paru?

Nous ne croyons d'ailleurs pas que cette théorie du lipome ostéogénique soit générale, et nous pensons qu'il peut y avoir chez l'adulte une inflammation périostique nodulaire pouvant amener la formation d'un lipome avec ou sans exostose.

Cette inflammation périostique nodulaire peut être aseptique (traumatique) ou septique et relever alors d'une infection banale ou spécifique. Dans un de nos cas, l'inoculation a prouvé qu'elle n'était pas tuberculeuse.

Nous ne pensons pas avec les auteurs que les lipomes périostiques sont toujours congénitaux. Leur apparition à un âge variable et parfois très avancé, le fait que certains succèdent à

des lipomes ordinaires nous font admettre qu'un certain nombre au moins sont des tumeurs acquises.

Leur symptomatologie est très variable suivant les régions; aussi est-il impossible de donner un tableau d'ensemble, de ces lipomes fixés au squelette. Il convient d'étudier séparément les lipomes périostiques craniens, les lipomes rachidiens en distinguant ceux qui s'attachent aux apophyses épineuses et ceux qui s'insèrent aux apophyses transverses, car leur aspect n'est pas le même; enfin les lipomes périostiques des membres, et on en a signalé dans presque tous les segments du bras et du membre inférieur.

Ces lipomes périostiques présentent deux évolutions cliniques différentes. Chez l'adulte, ils marchent lentement, mais chez l'enfant, leur accroissement est très rapide : ils prennent l'aspect de véritables tumeurs malignes; ils peuvent même rompre l'équilibre nutritif des jeunes enfants et atteindre l'état général comme de vraies tumeurs malignes. Aussi chez les enfants, peut-on les prendre pour des sarcomes, des cas de Lannelongue et de Guinard en font foi.

Le traitement est naturellement l'extirpation; mais du fait de l'adhérence squelettique, des connexions de la tumeur avec les parties molles, muscles et peau, de la pénétration dans la cavité des grandes articulations voisines, de l'absence de capsule, il faudra s'attendre à une opération un peu difficultueuse et pénible.

M. Paul Reclus. — J'ai encore dans mon service un fort de la Halle que j'ai opéré d'une tumeur que quelques-uns d'entre vous doivent connaître, puisque notre homme a été examiné par le jury actuel du Bureau-Central. Cet homme portait une tumeur de l'épaule, ponctionnée d'abord par M. Auvray puis par moi pour savoir s'il existait du liquide. La tumeur était crépitante. Comme il y avait des douleurs du bras gauche et de l'œdème de cette région, je me décidai à l'opérer et je trouvai une masse graisseuse qui s'engageait sous le trapèze, s'insérait en avant à l'aponévrose profonde du trapèze, et en arrière au tissu fibreux qui recouvre le sus et sous épineux, puis à l'épine de l'omoplate dont elle ne fut séparée qu'avec la plus grande difficulté. La désinsertion aurait été plus simple si j'avais voulu me décider à sectionner le trapèze, ce à quoi je ne pus me décider car le malade, fort de la Halle, avait besoin de tous ses muscles. Emergeant de dessous le trapèze la tumeur s'épanouissait dans le creux sus-claviculaire, puis rencontrait l'os, se dédoublait, une portion passant en avant, l'autre en arrière de la clavicule à laquelle elle adhérait d'une façon intime, se continuait enfin en avant et en arrière de l'aponévrose

clavi-coraco-axillaire à laquelle elle adhérait intimement. Sous le pectoral, la dissection fut très délicate et je dus réséquer une partie de l'axillaire.

Cette tumeur rappelle les lipomes que nous décrit M. Schwartz par son adhérence intime aux os, omoplate et clavicule, et au tissu fibreux ; j'ajoute que ce lipome était crépitant et provoquait des douleurs de compression, et je crois qu'on peut le rapprocher des siens. Mais je n'oublie pas qu'à ce lipome gauche s'ajoutait un lipome droit absolument semblable et qu'en haut et en arrière de la région cervicale postérieure il y avait aussi deux lipomes. Je crois donc qu'on pourrait faire rentrer aussi ce cas dans la lipomatose symétrique à prédominance cervicale.

Quant à la pathogénie, je n'oserai insister : je dirai simplement que la tumeur à droite et à gauche semblait correspondre absolument à la région recouverte par les deux branches de la bricolle avec laquelle il portait des pianos. La branche gauche de la bricolle appuie plus que la droite et c'est à gauche que la tumeur était prédominante.

Rapports.

I. — Sur un travail intitulé : *Appendicite chronique, erreurs successives de diagnostic, Appendicectomie, guérison*, par le Dr G. de ROUVILLE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

II. — Sur quatre observations de *Résection de la saphène*, par M. le Dr HONORÉ SOULIÉ, d'Alger.

par M. GUSTAVE RICHELOT.

I. — Je suis bien en retard pour vous présenter l'observation de M. de Rouville, car elle nous fut envoyée à propos de la communication de Guinard (20 janvier 1904) sur « les erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire ». Mais ce sont là des faits cliniques sur lesquels il n'est jamais inutile de revenir.

Il s'agit, dans l'espèce, d'une neuro-arthritique de vingt-neuf ans, née de parents arthritiques, et présentant, avec de fréquentes migraines et un nervosisme prononcé, des signes de tuberculose pulmonaire, mais à marche lente et à tendance fibreuse.

Elle se marie à dix-neuf ans, et cinq mois plus tard fait une fausse couche non motivée ; au bout de vingt mois, nouvelle grossesse et accouchement à terme ; quatre ans après, nouvel accouchement, l'enfant meurt à sept mois de « méningite ». Depuis cette époque, règles douloureuses et leucorrhée.

En mai 1901, douleur brusque, vomissements, fièvre, ballonnement. Un médecin croit à une « poussée de pelvi-péritonite d'origine annexielle ». La malade guérit en conservant une douleur dans la fosse iliaque droite. On peut déjà se demander pourquoi l'appendicite n'a pas été reconnue. Certes, l'appendicite peut donner lieu à des erreurs de diagnostic ; mais il semble bien qu'il y ait eu là une crise caractérisée, qu'un examen plus approfondi eût permis d'établir nettement.

Le 25 août 1903 commence le rôle de M. de Rouville, à l'occasion de nouvelles douleurs, surtout dans le flanc droit, avec léger ballonnement, vomissements, constipation, aucune fièvre. L'utérus est mobile, mais on sent quelque chose dans le cul-de-sac latéral droit ; voilà le malheur ! Annexite ou appendicite ? Notre collègue ne paraît pas avoir songé même à la seconde ; il est frappé par la maigreur de la malade, par une respiration rude, par la méningite à laquelle on dit que l'enfant a succombé, et il émet avec réserves l'hypothèse d'une péritonite bacillaire d'origine annexielle.

M. de Rouville quitte son service pendant six mois, et pendant ce temps les faits s'accumulent qui auraient pu chasser tous les doutes. On opère la malade « pour lui enlever les annexes », on enlève le côté droit, le seul butin qu'on rapporte est un ovaire polykystique. La malade, d'abord soulagée, ne tarde pas à souffrir de nouveau, les troubles gastro-intestinaux et dysménorrhéiques reparaissent de plus belle; jamais les douleurs « dans la partie droite du ventre » n'ont été plus vives. Ce n'est pas assez, il faut qu'on l'opère encore « pour rompre les adhérences » auxquelles on attribue les symptômes. Seconde laparotomie en janvier 1904, rupture des adhérences; mais bientôt les douleurs reparaissent « à leur siège habituel ».

C'est alors que M. de Rouville reprend son service; il trouve la femme dans un état d'émaciation extrême, ne mangeant plus, ayant des vomissements, de la constipation, des selles glaireuses; on la soigne en vain pour son entéro-colite, pour sa neurasthénie, pour son arthritisme. Une terminaison fatale est à craindre; mais la lésion pulmonaire n'a pas fait de progrès et ne saurait expliquer la gravité de la situation. Notre collègue observe sa malade, repasse avec soin les étapes qu'elle a parcourues depuis quarante mois d'épreuves, se rappelle la communication de Guinard, et pense que les troubles intestinaux et dysménorrhéiques peuvent être sous la dépendance d'une appendicite chronique méconnue. Minutieusement, il localise la douleur, et finalement se décide à enlever l'appendice (mars 1904). Opération simple, guérison parfaite : quinze jours après l'intervention, la malade est absolument débarrassée de tous les troubles qui avaient duré plus de trois

ans. En novembre 1904, elle ne souffrait plus du tout et allait régulièrement à la selle; l'entérite muco-membraneuse n'était plus qu'un souvenir, l'embonpoint était revenu; elle ne toussait pas.

A la suite de ce beau succès, M. de Rouville reconstitue logiquement les diverses phases de cette maladie déconcertante, et juge qu'elle a débuté, en mai 1901, par une crise d'appendicite méconnue. « Que n'a-t-on, dès ce moment, exploré attentivement l'angle iléo-cæcal? » C'est bien mon avis. En août 1903, nouvelle crise vue par notre collègue et qui le fait penser à une péritonite bacillaire, « après un examen un peu rapide et superficiel ». C'est lui qui le dit, mais la situation alors était obscure — n'oublions pas que la malade avait aux sommets des signes de tuberculose. — et je le trouve bien excusable. Ce qui est plus étonnant, c'est la suite, dont M. de Rouville n'est pas responsable, car il était absent; c'est la première et la seconde laparotomie, c'est le diagnostic resté en suspens huit mois encore, malgré l'intégrité reconnue du péritoine et de l'appareil utéro-ovarien, la localisation certaine de la douleur droite, enfin les troubles dyspeptiques, l'entéro-colite, la dysménorrhée que de nombreux faits nous ont appris à mettre sur le compte de la lésion appendiculaire.

M. de Rouville s'est montré clinicien avisé en pensant, à l'appendice dès qu'il revit la malade, et en mettant fin, par une prompte décision, à une situation inextricable. Il conclut sagement que, les faits de cet ordre étant aujourd'hui nombreux, « on doit, dans l'immense majorité des cas, arriver aisément à établir le diagnostic pathogénique des accidents. Il faut pratiquer un examen local méthodique, chercher le point douloureux maximum; ces notions devraient être classiques à l'heure actuelle. » Eh sans doute, et ceci répond bien au sentiment que j'éprouve en lisant son observation. Le travail de Guinard attirait notre attention sur des douleurs appendiculaires qui, n'ayant rien de nettement caractérisé, peuvent légitimement nous laisser dans l'incertitude; et sa conclusion était que toute douleur abdominale, si vague qu'elle paraisse au premier abord, doit nous faire penser à l'appendice. Une autre conclusion, plus simple, me paraît se dégager de l'observation de M. de Rouville; lui-même l'a dégagée dans les termes que je viens de citer et qui peuvent servir de leçon aux inexpérimentés : c'est qu'il faut connaître l'appendicite dans ses formes ordinaires et toujours y penser quand il y a de la fièvre, des vomissements, du ballonnement et une douleur à droite, — car c'est ainsi, avec son cortège habituel de signes locaux et de troubles fonctionnels, qu'elle s'est présentée dans l'observation de M. de Rouville.

Cependant, notre auteur est aujourd'hui fort embarrassé; car son observation a un épilogue, et il vient de m'écrire pour me faire part de ses doutes. Il avait vu la femme très bien portante huit mois après l'opération (novembre 1904); il vient de la revoir, le 3 mai 1905, toussant, cachectique, avec un sommet ramolli, une gibbosité pottique, de l'eau et des plaques indurées dans l'abdomen. Et il se demande s'il a bien vu, et si sa malade n'avait pas, dès le début, au lieu d'une appendicite, une péritonite bacillaire qu'il aurait méconnue, après l'avoir soupçonnée un instant. Mais non : elle était bien tuberculeuse, nous l'avons noté, et sa tuberculose a bien le droit d'évoluer maintenant; mais la dyspepsie, l'entéro-colite et la dysménorrhée disparues complètement pendant huit mois après l'intervention, l'absence de tuberculose péritonéale constatée *de visu* au cours des trois laparotomies, le résultat de l'examen histologique de l'appendice (appendicite folliculaire chronique simple), enfin la localisation parfaite de la douleur au point de Mac Burney, signalée dès le début de l'observation et qui ne s'est jamais démentie, prouvent bien, à mon sens, que M. de Rouville nous a donné de ce fait l'interprétation véritable, et que sa communication conserve aujourd'hui toute sa valeur.

Le travail que je viens d'analyser est empreint d'un excellent esprit critique, et donne à notre collègue de Montpellier de nouveaux droits à vos suffrages, quand viendra une élection de membres correspondants à la Société de chirurgie.

II. — La résection de la saphène contre les varices et l'ulcère variqueux n'est plus, sans doute, une nouveauté, mais les observations de M. le Dr Soulié sont loin d'être banales. La gravité des cas qu'il a vus, l'énormité de l'ulcère, les troubles nutritifs profonds du membre inférieur sont faits pour montrer la puissance de ce mode de traitement.

Sa première observation est celle d'un homme de quarante ans, alcoolique et syphilitique, intoxiqué par le mercure, émacié, sans appétit et sans forces. L'ulcère est sur la jambe gauche et mesure 20 centimètres de haut sur 14 de large; il entame le bord interne du pied, exhale une odeur nauséabonde, est couvert de plaques sphacélées, et s'accompagne d'adénite inguinale, d'œdème dur remontant au genou, d'ongles dystrophiques et d'ulcères péri-unguéaux.

Devant cette situation lamentable, M. Soulié supprime le traitement mercuriel et les pommades qui contribuent à l'infection de la plaie, puis il procède à un nettoyage méthodique et arrive patiemment à la détersion de l'ulcère et à la production de bour-

geons charnus de bonne nature. Un liséré épidermique apparaît sur les bords.

Il essaie alors de greffer sur cette vaste surface des fragments de peau entière pris sur le ventre d'un lapin vivant. Les greffons se sphacèlent, mais ils adhèrent par leur face profonde et deviennent le centre de foyers d'épidermisation; le liséré périphérique s'avance d'un centimètre à leur rencontre.

Enfin, au bout de deux mois, le 3 août 1902, M. Soulié résèque, de la saphène interne, deux segments de 6 centimètres sur le tiers inférieur et sur le tiers moyen de la cuisse. Dans la même séance, il abrase les bourgeons exubérants et pratique des greffes d'Ollier-Thiersch, prises sur la cuisse droite du patient; le 20 août, nouvelles greffes; l'épidermisation marche avec une grande rapidité. En septembre, l'ulcère est presque comblé; notre collègue favorise la guérison par des pansements très attentifs sur lesquels je n'insiste pas. En octobre, la cicatrisation est complète; depuis lors, elle persiste et paraît définitive; le malade a repris une vie laborieuse.

L'auteur nous signale dans son observation : 1° l'évolution des greffes animales, sphacélées à leur surface, adhérentes à leur partie profonde, et devenant, malgré leur disparition finale, un centre d'appel pour la cicatrisation périphérique; 2° la rapidité de l'épidermisation après la résection de la saphène; 3° certains détails de ses pansements; 4° la solidité de la guérison d'un ulcère énorme et la disparition des troubles de nutrition locale signalés plus haut.

M. Soulié a traité encore, par la résection de la saphène, un malheureux alcoolique efflanqué, de constitution chétive, pourvu de grosses varices, d'asphyxie des extrémités, de bromidrose particulièrement fétide. Tous les accidents locaux disparurent après l'opération.

Il a, chez une femme de quarante-huit ans, extirpé un foyer phlébitique de la grosseur d'une noix, et réséqué un segment de la saphène interne; la guérison se maintenait après un an et demi. Enfin, chez un homme de trente ans, souffrant d'une ancienne phlébite à droite et d'une phlébite récente à gauche, avec des poussées et des accalmies, il a réséqué un segment de saphène à droite et deux segments à gauche; les douleurs, l'œdème disparurent immédiatement, et le malade reprit son travail au bout d'un mois. Et l'auteur note ce bon résultat, alors qu'il craignait d'avoir fait une opération inutile, la résection n'ayant pas atteint les limites du mal et la ligature ayant été mise sur un tronçon de veine oblitérée.

Ces quatre observations sont l'œuvre d'un bon clinicien et d'un

opérateur habile. Je vous propose d'adresser des remerciements à leur auteur, et de l'encourager ainsi à nous communiquer les faits intéressants de sa pratique.

M. Terrier. — Les résections incomplètes sont presque toujours insuffisantes. Ce que l'on a fait de mieux jusqu'ici, c'est l'extirpation complète des saphènes, tantôt de la saphène interne, tantôt de la saphène externe, et quelquefois des deux.

Du reste, cette question de thérapeutique des varices est encore à l'étude.

Présentations de pièces.

Résection de l'intestin grêle pour rétrécissement tuberculeux. Guérison.

M. Henri Hartmann. — Les cas de résection de l'intestin grêle pour rétrécissement tuberculeux unique (tuberculose limitée) sont rares. Dans le travail qu'ils viennent de faire paraître, il y a quelques semaines, MM. Bérard et Patel n'ont pu en relever que 16 cas (Novaro, Czerny, Trendelenburg, Kocher, König, König, König, Salomoni, Treves Pantaloni, Erdheim, Mayo, Jaboulay, Trinkler, Dogliotti, Nikolsky) ; aucun n'a encore été publié à Paris. Il m'a donc semblé intéressant de vous présenter un malade chez lequel j'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer avec succès une semblable lésion, en même temps que la pièce anatomique correspondante.

Observation. — H..., âgé de vingt-cinq ans, journalier, entré le 20 octobre 1904 à l'hôpital Lariboisière, salle Civiale.

Vers le milieu de juin 1904, ce malade a commencé à souffrir vers le milieu du ventre. Pendant huit jours environ, il eut des accès de fièvre survenant le soir entre 5 et 10 heures, accès débutant par des frissons et suivis de sueurs froides. Après huit jours de traitement par la quinine, les accès de fièvre disparurent, mais la douleur persista.

Vers le 10 juillet, survint une crise de douleurs violentes occupant la région ombilicale et la région hypogastrique, à gauche, avec vomissements bilieux et alimentaires suivant immédiatement l'ingestion des aliments. A ce moment, le malade resta pendant plusieurs jours sans avoir de selles et sans émettre de gaz. Des lavements glycérinés, des purgatifs furent donnés sans résultats, et l'on parlait d'une intervention chirurgicale lorsqu'un mieux inespéré se fit sentir. Le malade quitta au bout de quelques jours l'hôpital de Marseille, où on l'avait transporté d'urgence, pour aller à la campagne. Trois jours après son retour chez lui, les vomissements, la douleur et la constipation recommencèrent. Des lavements gazeux eurent raison de cette seconde crise d'occlusion intestinale. Pendant ces crises, le ventre était ballonné.

A partir de ce moment, le malade a souffert presque constamment de l'abdomen. Il ne peut s'alimenter et maigrit considérablement. Puis, peu à peu, les symptômes s'amendent, les fonctions intestinales se rétablissent, mais le ventre reste ballonné, et le malade continue à souffrir. La constipation est habituelle; de temps à autre surviennent des crises de douleurs avec tuméfaction et tension plus grande du ventre, quelquefois avec vomissements.

Antécédents héréditaires. — Père, mère et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Cholémie dans l'enfance; dysenterie et coliques à peu près chaque année. Rougeole à sept ans avec congestion pulmonaire à gauche. Persistance pendant un certain temps de signes de bacillose au sommet droit ayant nécessité plusieurs applications de pointes de feu.

État à l'entrée à l'hôpital. — Malade très amaigri, d'une pâleur extrême. L'amaigrissement général contraste avec le volume du ventre qui est météorisé; les anses intestinales sont dilatées; parfois même on les voit se dessiner à travers la paroi abdominale. Le ventre est néanmoins assez souple, et nulle part on ne perçoit d'indurations.

A la percussion, tympanisme de la région ombilicale, matité de la partie inférieure de l'abdomen et des flancs. Cette matité se déplace par les changements d'attitude. Les garde-robes sont en ce moment régulières, le malade ne souffre que lorsque les gaz semblent circuler difficilement dans l'abdomen; quelques vomissements.

Rien à l'auscultation des poumons.

Facies amaigri et pâle.

Première opération. — Pensant à une péritonite tuberculeuse, nous faisons, le 31 octobre 1904, une petite incision sous-ombilicale, et évacuons une certaine quantité de liquide. Les anses intestinales, qui se présentent dans la plaie, semblent normales. Il en est de même du cæcum et de l'appendice qui ne présentent rien de particulier. Le ventre est lavé avec une solution d'acide borique tiède, puis refermé sans drainage.

L'intervention n'amène aucune modification dans l'état du malade qui, au bout de deux jours, recommence à souffrir de coliques et à avoir des vomissements.

Le 16 novembre *phlegmatia alba dolens* de la jambe gauche. La sensation de tension abdominale, qui avait diminué immédiatement après l'opération, reparait.

Le malade vomit une à deux fois par jour, d'une manière irrégulière, tantôt immédiatement, tantôt longtemps après le repas. Les vomissements sont alimentaires ou bilieux.

La douleur presque constante est rapportée entre l'ombilic et le pubis; elle s'étend au-dessus et à gauche de l'ombilic. Il y a de la constipation habituelle. Ces divers symptômes subissent par périodes des aggravations temporaires, les crises se terminent ordinairement à la suite d'une émission abondante de gaz. On constate à diverses reprises des contractions péristaltiques de l'intestin et, de plus, une sensation de clapotement au-dessous de l'ombilic. Aussi, pensant cette

fois à un rétrécissement de l'intestin, nous décidons-nous à une nouvelle intervention.

Deuxième opération. — Nous faisons, le 21 avril 1905, une incision médiane sous-ombilicale et voyons, dès que le ventre est ouvert, une anse grêle très distendue, ayant le volume d'un poignet d'adulte, fusionnée au voisinage de l'ombilic avec une autre anse également dilatée et avec l'épiploon. A côté, se trouvent d'autres anses grêles, petites et rétractées. En un point, au voisinage de l'adhérence qui réunit les deux anses grêles dilatées, l'intestin est induré et semble le siège d'une tumeur; il présente en ce point une apparence fibroïde, est bosselé comme du gros intestin mais plus dur.

Nous lions et sectionnons en plusieurs paquets l'épiploon adhérent. Puis, partant du cæcum, nous remontons l'intestin grêle de manière à nous orienter. Tout l'iléon est petit et rétracté. En suivant le jéjunum, nous arrivons à l'adhérence intestinale que nous avons mentionnée. Nous constatons alors qu'elle réunit les deux extrémités d'une anse extrêmement dilatée qui mesure environ 80 centimètres de long. Nous sectionnons après écrasement avec la pince de Collin les deux bouts d'intestin qui continuent cette anse, enfouissant les moignons, écrasés et liés au catgut, par un surjet non perforant à la soie, laissant une pince à pression élastique sur chacun des bouts de l'anse sacrifiée.

Nous sectionnons le mésentère tout le long de cette anse, le liant par petits paquets. Dans le mésentère resté en place il y a quelques ganglions, mais ils ne sont ni très durs, ni très volumineux.

L'opération est terminée par une entéro-anastomose latérale avec deux plans de sutures en surjet, un total hémostatique et occlusif, un non-perforant, enfouissant le premier. La plaie abdominale est refermée par un seul plan de suture au fil d'argent.

Suites opératoires. — Rien de particulier, il n'y a plus de douleurs ni de vomissements; le malade que je vous présente est encore pâle, mais le ventre reste souple, les garde-robes se font régulièrement; il n'y a plus la moindre douleur.

Examen de la pièce. — Sur la pièce enlevée on constate après avoir ouvert l'intestin qu'à la jonction de l'anse dilatée avec l'intestin sous-jacent existe un rétrécissement dont la lumière mesure à peu près la dimension d'un gros crayon. Immédiatement au-dessus de ce rétrécissement d'apparence fibreuse, ne mesurant guère plus d'un centimètre de hauteur, l'intestin se dilate en une vaste cavité, rappelant assez bien l'aspect d'un cæcum ulcéré et à parois épaissies. Cette grosse dilatation ulcéreuse qui remonte à environ 6 centimètres se continue avec un intestin dilaté, sans ulcération, où l'on voit de nombreuses valvules conniventes, pour arriver à l'adhérence antérieurement décrite, au niveau de laquelle la muqueuse ne présente aucune altération. Toute cette anse, de dimensions énormes, a des parois considérablement épaissies.

La pièce a été étudiée au point de vue microscopique par notre ancien interne, le Dr Lecène, qui nous a remis la note suivante :

Nous avons pratiqué des coupes nombreuses en différents points de de la pièce :

1° Au niveau du rétrécissement serré;

2° Sur l'ulcération sus-stricturale en un point où la paroi intestinale avait près d'un centimètre d'épaisseur;

3° Sur l'intestin hypertrophié, au-dessus du rétrécissement. Sur ces différentes coupes, nous avons pu voir :

1° Au niveau du rétrécissement serré il n'existait comme lésion qu'une sclérose sous-muqueuse très marquée pénétrant même jusque dans l'épaisseur de la musculaire. En ce point, nous n'avons pas trouvé trace de lésions spécifiques permettant de découvrir la cause du rétrécissement;

2° Par contre, sur les coupes portant sur la vaste ulcération sus-stricturale nous avons trouvé, dans le tissu de granulation qui remplaçait la muqueuse détruite par l'ulcération, des follicules tuberculeux forts nets avec cellules géantes et couronne de cellules épithélioïdes l'épaississement énorme de la paroi intestinale en ce point était le fait d'une sclérose diffuse ayant entraîné la presque complète disparition des fibres musculaires lisses. Nous n'avons pas pu colorer de bacilles sur les coupes, mais un cobaye inoculé avec un fragment de l'ulcération sous la peau de la paroi thoracique a présenté un chancre d'inoculation typique avec adénopathie axillaire;

3° L'intestin hypertrophié au-dessus du rétrécissement ne montre que des lésions d'inflammation banale : légère infiltration sous-muqueuse et surtout sclérose disséquant la musculaire qui est moins hypertrophiée qu'elle ne le paraît au premier abord.

En résumé, de cet examen, on peut conclure que le rétrécissement intestinal serré était dû à une ulcération tuberculeuse, complètement cicatrisée et guérie par sclérose; au-dessus de ce rétrécissement existait une ulcération tuberculeuse encore en activité, comme nous l'ont montré l'examen histologique et l'inoculation au cobaye.

Epiploïte et appendicite.

M. Walther. — Je vous présente cet épiploon que j'ai enlevé ce matin, espérant que vous pourrez, sur cette pièce toute fraîche et que j'ai conservée dans une solution très faible de formol, constater les lésions d'épiploïte dont je vous ai souvent parlé, avec une netteté suffisante.

Je sais la difficulté très grande de conservation de ces pièces dont l'aspect, la couleur, s'altèrent avec une si grande rapidité qu'on ne peut vraiment étudier la morphologie des lésions qu'au moment même de l'opération. Quoi qu'il en soit, je pense que nous pourrons retrouver une trace assez nette de cet aspect et de la coloration caractéristique.

Ce qui peut donner un intérêt à cette pièce, c'est que les lésions correspondent très exactement au diagnostic clinique.

J'avais examiné, pour la première fois il y a deux ans environ,

la malade qui se plaignait de douleurs assez mal limitées, siégeant un peu au-dessous de l'hypocondre droit.

Je recherchai avec soin à ce moment la vésicule biliaire; je ne trouvai rien; la douleur, du reste, était un peu plus basse que la douleur de la vésicule. Le foie était légèrement augmenté de volume. Il y avait une certaine teinte jaunâtre des téguments, mais jamais d'ictère. Je pensai donc à une coudure de l'angle droit du côlon par épiploïte.

Les douleurs disparurent après quelque temps de régime alimentaire convenable, puis revinrent de nouveau, sensation de gêne, de pesanteur, de tiraillement, avec douleur au moment du passage des gaz.

Il y a trois mois une douleur nouvelle apparut, cette fois au niveau de l'angle iléo-cæcal, douleur d'appendicite, fixe, plus ou moins intense, mais constante.

M. le professeur Landouzy et mon ami M. Schwartz, qui voulurent bien examiner avec moi la malade, confirmèrent mon diagnostic d'épiploïte avec coudure de l'angle du côlon et appendicite chronique.

Ce matin, je fis la laparotomie latérale et j'enlevai d'abord l'appendice que vous voyez; il était long, vasculaire, bridé par un méso large et court très gros. A la coupe, vous pouvez constater que toute sa moitié terminale est effilée, complètement sclérosée, tandis que sa moitié supérieure présente des lésions de folliculite récente avec placards hémorragiques; donc appendicite chronique très ancienne avec poussée subaiguë récente.

J'allai ensuite rechercher l'épiploon et l'amenai dans la plaie; il n'avait *aucune trace d'adhérences, ni à la paroi, ni à l'appendice, ni au cæcum.* Il était très gros, très lourd. Tout son tiers gauche, était absolument sain, d'un jaune franc, souple, lâche. A partir du milieu, il offrait une teinte un peu rose, s'épaississait, et les lésions allaient en s'accentuant jusqu'au bord droit, jusqu'à l'angle colique où elles étaient très intenses. Dans tout le tiers droit, la coloration était d'un rose vif, la vascularisation abondante; il était dur et bosselé; à sa surface, on voyait des plaques blanches laiteuses, d'épiploïte chronique, qu'il est impossible de distinguer maintenant, et, à côté, des noyaux d'un rouge vif, à surface granitée, d'épiploïte récente, que vous pouvez voir nettement encore. De plus, des brides fibreuses de formation assez récente couturent sa face antérieure et le long de son bord apparaît la bande de sclérose que je vous ai déjà si souvent signalée. L'angle droit du côlon était coudé par la rétraction de ces masses épiploïques.

Je reséquai tout l'épiploon au ras du côlon après l'avoir lié en huit pédicules isolés, pour éviter toute coudure de l'intestin.

La vésicule biliaire explorée était absolument saine.

Vous le voyez, les lésions répondaient exactement aux signes cliniques et elles offraient un aspect si caractéristique que M. Schwartz, qui assistait à l'opération, m'engagea à vous apporter ces pièces.

M. CAMUS présente deux cœurs avec plaies, traitées par la suture. — M. ROCHARD rapporteur.

Anévrisme de la carotide externe consécutif à un coup de feu dans la bouche. Mort.

M. TUFFIER. — La pièce que je vous présente est une artère carotide externe, siège d'un anévrisme traumatique ouvert dans le pharynx. L'accident a été suivi de mort immédiatement.

Voici l'histoire curieuse de ce malade :

Un jeune homme de vingt et un ans, dans une tentative de suicide, se tire un coup de revolver dans la bouche le 15 mars dernier. Le projectile pénétra et laboura le bord droit de la langue, le pilier droit du voile du palais et alla se loger au-dessous de la base du crâne. Quelques jours après, les lésions bucco-pharyngées étaient guéries, mais une douleur vive se manifestait dans la partie profonde de la nuque, et une élévation de la température indiquait une infection à ce niveau. La radiographie que voici montrait le projectile sur la partie latérale gauche de la base du crâne; je le localisai exactement par le procédé très simple que je vous ai décrit, et guidé par mon appareil, j'extrais par incision sous-occipitale la balle que je vous présente; elle était entourée d'une cavité purulente et siégeait sous le grand complexus. Quelques jours après, le malade sortait guéri et reprit son travail.

Le 19 mai, il entrait salle Ambroise-Paré pour une tuméfaction énorme de la partie latérale droite du pharynx, tuméfaction violacée, tendue, douloureuse, sans aucun battement, ni soulèvement appréciable, à tel point qu'un coup de bistouri avait été donné dans le pilier du voile du palais sans écoulement, paraît-il, ni de pus, ni de sang Le lendemain tout paraissait normal, quand trente-six heures après son entrée, le malade fut pris la nuit, pendant un effort, d'un vomissement de sang et succomba sur place.

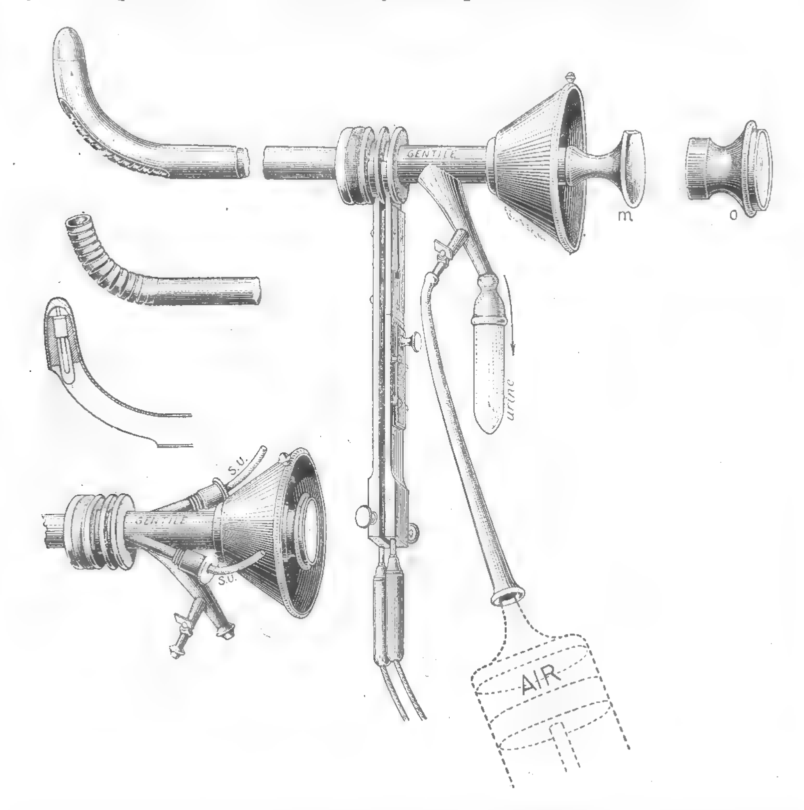
Voici la pièce disséquée par mon interne Bréchot. Vous y voyez une *poche anévrismale* rompue dans le pharynx et siégeant sur le trajet de la carotide externe au-dessus des branches linguale et faciale.

Le processus paraît facile à établir. Le projectile avait plus ou moins détruit les tuniques de la carotide externe du côté du pharynx, d'où l'anévrisme traumatique consécutif, deux mois après rupture de la poche et mort. C'est là je crois un fait rare, et qui pourra servir à l'histoire des complications des plaies par armes à feu.

Présentation d'instrument.

Nouveau cystoscope à vision directe.

M. A. Legueu. — Au nom de M. Cathelin qui en est l'inventeur, je vous présente un nouveau cystoscope à vision directe.

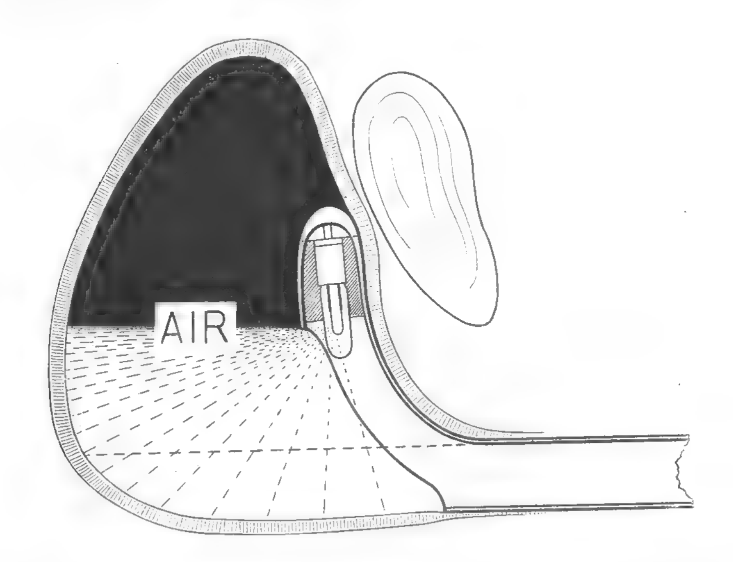


Sa forme est celle d'une sonde creuse métallique : la lampe est à l'extrémité de l'instrument et disposée de telle façon qu'elle éclaire la vessie de haut en bas à travers une entaille faite aux parois métalliques.

La vision sur la zone éclairée se fait directement à travers le

tube, dans la cavité duquel rien n'obscurcit ni ne gêne le champ visuel.

L'instrument est introduit muni d'un mandrin métallique souple, élastique, incurvé en position de repos et qui remplit de lui-même la partie évidée du bec.



Le mandrin est alors retiré, le tube fermé par un occulaire, et dans la vessie on injecte de l'air.

Deux tubes latéraux permettent le cathétérisme des uretères.

Les avantages de cet instrument sont les suivants : d'abord le malade n'a pas besoin d'être en position déclive, il est assis comme pour la cystoscopie ordinaire.

L'appareil donne ensuite avec une lampe puissante un bel éclairage sur les points à examiner dans la vessie.

La partie recourbée d'instrument permet facilement le repérage au niveau du col.

L'éclairage du bas-fond permet avec une faible inclinaison de l'instrument d'inspecter de près tous les points de cette zone.

Cet instrument me paraît donc une tentative intéressante et un perfectionnement heureux de la cystoscopie à vision directe.

Le Secrétaire annuel,

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 31 MAI 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

Deux cas de fibro-lipomes ostéo-périostiques d'origine costale developpés dans la paroi abdominale.

M. J. REBOUL (de Nîmes), *membre correspondant.* — Les communications faites par MM. Schwartz et Reclus à la séance de la Société de Chirurgie du 24 mai dernier, sur les lipomes ostéo-périostiques, m'ont remis en mémoire deux faits observés ces dernières années, de fibro-lipomes des 9ᵉ et 10ᵉ côtes développés dans dans la paroi abdominale. A cause de leur rareté, il m'a paru intéressant de vous les communiquer.

OBS. I. — Une femme de trente ans, adipeuse, de bonne santé habituelle, bien réglée, éprouvait depuis quatre à cinq ans une certaine gêne dans l'hypocondre et le flanc droits.

Elle remarqua ensuite que cette région augmentait de volume ; enfin elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur du volume du poing, tumeur qui augmentait de volume, particulièrement aux époques menstruelles et qui devenait douloureuse dans les mouvements brusques et pendant la toux.

Lorsque je vis la malade, le 4 août 1901, le flanc et l'hypocondre

droits étaient notablement déformés par une tumeur ovoïde s'étendant de la 9e côte à la crête iliaque.

Cette tumeur est lobulée, mate à la percussion ; elle paraît superficielle à la partie inférieure, tandis qu'en haut elle semble s'enfoncer sous la partie moyenne du rebord costal.

La pression de la tumeur est douloureuse ; les secousses de toux, un effort quelconque, y déterminent des douleurs, et, en même temps, elle paraît plus régulièrement ovoïde, plus tendue ; le relâchement des parois abdominales amène la diminution de son volume et de sa consistance. Cette tumeur paraît siéger dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Je pense, soit à un lipome, soit à une hernie graisseuse.

Opération le 14 août avec l'aide du Dr Dubujadoux, médecin principal. Anesthésie au chloroforme par le Dr Olivier de Sardan. Incision oblique sur le grand axe de la tumeur, depuis la 9e côte jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Après incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'aponévrose superficielle et décollement des faisceaux du grand oblique, je vois et je sens entre les fibres du petit oblique, la tumeur régulièrement encapsulés.

Je la libère très facilement sur toute l'étendue de sa surface par en bas, mais en haut, la capsule se confond intimement avec le faisceau fibreux d'insertion du petit oblique sur le tiers antérieur de la 10e côte. Je désinsère ce faisceau d'insertion de la tumeur sur la côte, et l'enlève en masse. Sutures périostiques et muqueuses au catgut, sutures superficielles au crin de Florence. Drain pendant quarante-huit heures Suites régulières et normales. Pas d'éventration ultérieure.

La tumeur avait 23 centimètres de longueur sur 17 centimètres de largeur.

C'était un fibro-lipome lobulé, régulièrement encapsulé, dont la capsule et les faisceaux fibreux, interlobaires et interlobulaires, renfermant des concrétions calcaires disseminées, se confondaient en haut avec les fibres d'insertion du petit oblique sur la 10e côte.

Obs. II. — En novembre 1903, j'ai eu l'occasion d'opérer à l'hôpital de Nîmes, un lipome présentant une évolution et une origine absolument semblable.

Il s'agissait d'une femme de cinquante-huit ans, ménagère, qui depuis une trentaine d'années voyait évoluer une tumeur de la paroi abdominale antéro-latérale droite, qui lors de l'opération s'étendait jusqu'à la crête iliaque. Les caractères de cette tumeur rappelaient absolument ceux présentés par le fibro-lipome que j'avais opéré en 1901. C'était un lipome encapsulé, peu riche en tissu fibreux, qui s'était développé dans l'épaisseur de la paroi abdominale sous le petit oblique, au devant du transverse, très facilement libérale dans presque toute son étendue, et dont la capsule se renforçant en haut, s'insérait sur la face externe et le bord inférieur de la neuvième côte, se confondant avec les faisceaux d'insertion du petit oblique.

Dans les deux cas je n'ai pas constaté, aux points d'insertion osseux de ces lipomes, les exostoses signalées par M. Schwartz.

Les fibromes et fibro-lipomes de la paroi abdominale siègent généralement dans les régions inférieures, en particulier dans les régions iliaques

L'insertion costale et le siège des tumeurs dans ces deux cas de fibro-lipomes et de lipome sont deux raretés.

Leurs origines ostéo-périostiques étaient d'une netteté absolue; j'ai dû ruginer les côtes pour les désinsérer.

Ces deux lipomes paraissent avoir débuté, dans les deux cas, vers l'âge de vingt à vingt-cinq ans. Ce fait est à rapprocher de l'évolution de certaines exostoses ostéogéniques et viendrait confirmer l'opinion émise par M. Schwartz dans sa communication.

Je n'ai pu découvrir quelle avait été la cause de l'évolution de ces lipomes, contusion ou frottement.

Dans mon premier cas la malade avait nettement remarqué que sa tumeur avait des périodes d'augmentation de volume, pendant lesquelles elle éprouvait une gêne plus grande et qui coïncidaient avec les règles.

Les variations mensuelles de volume de cette tumeur sont à rapprocher de celles que l'on observe dans les tumeurs développées aux dépens des organes de la sphère génitale, en particulier les fibromes du ligament rond.

Peut-être les rapports vasculaires des faisceaux d'insertion de ce fibro-lipome sur la dixième côte avec ceux de la région mammaire peuvent-ils expliquer ces variations mensuelles.

La malade de ma seconde observation n'a pas pu me fixer sur ce point.

En tout cas, le fait de ces variations de volume est à retenir et à observer.

Une fourchette dans l'estomac. Gastrotomie. Guérison.

M. Chenieux (de Limoges), *membre correspondant*. — X..., trente-huit ans, atteint de laryngite depuis quatre ans, avait l'habitude depuis quelques mois, dans le but de préparer le pharynx à la tolérance pour permettre ultérieurement la cautérisation de la muqueuse laryngée (c'est l'explication qu'il m'a donnée), d'introduire dans la gorge, chaque matin, le talon d'une fourchette aussi profondément que possible.

Le 26 février 1902, à 10 heures du matin, il répétait cet exercice familier, lorsque la fourchette ayant sans doute été introduite plus profondément, et mise en contact avec une partie non encore

apprivoisée, fut happée par l'œsophage. Pendant quelques secondes notre homme eut l'anxiété croissante de sentir ses doigts se crisper désespérément sur l'ustensile qui lui échappait. Au surplus la suffocation lui fit lâcher prise, et il eut la sensation très nette de sa descente tout le long de l'œsophage et sans interruption jusque dans l'estomac.

Il entra à l'hôpital le jour même dans l'après-midi.

La palpation ne révélait rien. La souffrance était peu marquée.

De légers filets de sang, venus du gosier, je crois, accompagnaient l'expectoration.

La radioscopie révéla nettement l'extrémité dentée de la fourchette qui se profilait à 4 centimètres environ au-dessous du mamelon gauche. Le talon, par suite des mouvements incessants que lui communiquait le diaphragme apparaissait moins net au niveau de l'épigastre. Nous ne pûmes obtenir d'épreuve radiographique.

C'est d'après ces indications que j'intervins le lendemain, n'ayant pu le faire le jour même, avec l'assistance de mon collègue M. le Dr Donnet.

— Aucun aliment n'avait été pris, et il ne s'était produit aucun nouveau symptôme.

Incision à quelques millimètres à gauche de la ligne médiane et étendue d'un point situé un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde à mi-chemin de l'ombilic.

Le sujet était obèse et supportait mal le chloroforme. Il s'agitait désespérément, ce qui nous rendit la tâche difficile. Je tombai sur le côlon transverse très dilaté et recouvrant l'estomac, d'autant plus que le sujet poussait à tout rompre.

J'introduisis la main gauche pour aller à la découverte. Après quelques hésitations je sentis la fourchette tout à fait sur le plan profond, en travers et comme fixée dans cette position. Il me fallut lui faire opérer un mouvement de rotation en abaissant le talon que j'avais saisi, et c'est par ce mouvement de dégagement que je pus amener entre les lèvres de la plaie la partie de l'estomac qui s'appliquait sur lui. L'estomac, dans son ensemble, était contracté sur le corps étranger.

Sans rien lâcher de la main gauche, et après avoir bien garanti les parties voisines à l'aide de compresses, je fis une très petite incision, d'un centimètre environ, et par la pression des doigts opposés de cette main gauche restée en place, je fis saillir le talon de la fourchette par cet orifice élastique. La main droite, munie d'une pince, afin de ne subir aucun contact septique, la saisit alors et l'enleva sans difficulté; et la main gauche rapprochant les lèvres de la plaie pour que rien ne s'en échappât, je

fis rapidement une suture à deux étages et je fermai le ventre sans drainer.

Suites opératoires simples et guérison sans fièvre et sans incident.

Cette observation m'a suggéré les réflexions suivantes.

1° La rétraction de l'estomac que j'ai constatée, due sans doute à l'irritation déterminée par la présence du corps étranger, et aussi à l'absence d'aliments, quand l'opération, comme dans le cas présent, n'a pas lieu immédiatement, peut, chez les sujets obèses, causer quelque embarras pour la recherche de cet organe surtout si le côlon transverse est très dilaté. Il me paraît utile, en conséquence, de faire partir l'incision d'un point très élevé.

2° Il est possible de faire sortir par un orifice très petit de l'estomac un corps d'un diamètre bien supérieur, comme s'il s'agissait d'une boutonnière pratiquée dans une membrane en caoutchouc; cela permet d'aller très vite et d'abréger la durée de la suture. (La fourchette extraite, en métal blanc léger, mesure 22 centimètres de long, et 2 et demi dans son plus large diamètre.)

3° Enfin il me paraît bon de noter que l'on peut se mettre à l'abri de toute contamination en ne touchant pas le corps étranger, que j'ai saisi et extrait avec des pinces, en l'exprimant entre les lèvres de la plaie, maintenues et rapprochées par la main gauche, sans les toucher, pendant que la droite faisait la suture à la soie fine.

A l'occasion du procès-verbal.

Lipomes ostéo-périostiques.

M. Routier. — Les faits rapportés par M. Schwartz me rappellent le cas d'un jeune garçon que j'ai observé il y a six mois environ :

Ce jeune garçon âgé de treize ans, malingre, me fut montré pour une tumeur sous-claviculaire grosse comme une poire d'Angleterre, très fluctuante, et manifestement pédiculée sur le tiers externe de la clavicule.

Je fis le diagnostic d'abcès froid ossifluent.

Deux ponctions ne me donnèrent rien je pratiquai l'ablation de la tumeur; il s'agissait d'un lipome pédiculé sur la clavicule; je dus mettre l'os à nu pour libérer la tumeur; le pédicule avait un centimètre de long sur 2 à 3 millimètres de large, et était infiltré de tissu ostéoïde qui criait sous le scalpel. De ce pédicule, par-

taient en éventail des travées fibreuses dans tout ce lipome.

La pièce a malheureusement été perdue, mais c'était manifestement un lipome ostéo-périostique.

La guérison a été naturellement parfaite.

M. Tuffier. — Je veux simplement apporter un fait analogue à ceux que M. Schwartz nous a communiqués. Il s'agit d'un énorme *lipome profond de la face postérieure de la cuisse*, que j'opérai au mois de juin 1903. Mon malade était âgé d'une cinquantaine d'années et il portait une tumeur à développement lent, progressif et indolent. Elle s'étendait du sommet du creux poplité à la fesse; la fluctuation était franche; il existait un point sensible au niveau de l'ischion. Le diagnostic était abcès froid. Je fis successivement des ponctions que je croyais devoir être évacuatrices, la grosse aiguille de Potain ne ramena rien. Pensant qu'il s'agissait d'un lipome, je fis une longue incision verticale qui me permit d'extraire une énorme tumeur lipomateuse qui avait disséqué toute la partie postérieure de la cuisse. Arrivé sur l'ischion, je trouvai là un vrai pédicule fibreux que je dus sculpter dans les parties fibreuses. L'os n'était pas dénudé.

M. Guinard. Les lipomes ostéo-périostiques sont très intéressants à connaître pour éviter des erreurs de diagnostic. Et je saisis l'occasion offerte par le mémoire de notre président pour parler ici d'une variété remarquable de lipome ostéo-périostique à laquelle il a d'ailleurs fait allusion : *le lipome ostéo-périostique congénital.*

Le lipome ostéo-périostique n'est pas très fréquent, mais la variété congénitale est vraiment rare, puisque mon élève, le Dr Hurault à qui j'ai fait faire une thèse sur ce sujet en 1900, n'a pu en réunir que 31 cas dans la littérature médicale. Tout ce que j'avais à dire sur ce sujet est mentionné dans la thèse dont je parle et je n'aurais pas pris la parole ici si je n'avais eu quelque chose d'intéressant à ajouter à l'observation qui a servi de point de départ au Dr Hurault.

Il s'agissait d'une fillette qui, jusqu'à l'âge de sept mois, ne présenta rien de particulier.

En faisant la toilette de son nourrisson, la mère s'aperçut que l'omoplate gauche était augmentée de volume. Le père, qui est un de nos confrères, m'amena l'enfant en novembre 1899, et je trouvai dans la fosse sous-épineuse gauche une tumeur aplatie sous le muscle sous-épineux et paraissant fluctuante. Plusieurs ponctions avec l'aiguille de Pravaz étaient restées blanches. M. Kirmisson, à qui je menai la fillette, me conseilla de faire la ponction avec un gros trocart, et, comme cette tentative avait

échoué aussi, il conseilla le traitement antisyphilitique, bien qu'il n'y ait aucun stigmate spécifique et bien que les parents soient indemnes. Deux mois après, le traitement spécifique n'ayant donné aucun résultat, le père d'accord avec notre collègue Comby, me demanda d'intervenir.

Je trouvai alors de gros changements aussi bien au point de vue local qu'au point de vue de l'état général.

La tumeur a le volume d'un œuf de dinde, et n'est plus fluctuante ; l'enfant est pâle et amaigrie, elle a une diarrhée incessante et tousse beaucoup. Pas de ganglions axillaires.

Le diagnostic de sarcome semblait s'imposer. Le 22 décembre 1899, une incision me mène sous le muscle sous-épineux, d'où j'énuclée très facilement la tumeur qu'un pédicule fibreux fixe seulement en haut et en dehors, à l'omoplate au-dessous de la cavité glénoïde. Nulle part, l'os n'est dénudé, et la tumeur siège bien entre le périoste et le muscle.

Deux oncles, et le père de l'enfant (tous les trois médecins), assistèrent alors avec mon interne à mon examen macroscopique de la tumeur, et tous les cinq, sans hésiter, nous pensâmes à un sarcome. La masse était constituée par des lobes mous, gélatineux, avec deux travées peu visibles. L'examen microscopique fait par le D[r] Milian vint, à notre grande surprise, et à notre satisfaction plus grande encore, affirmer qu'il ne « se trouvait dans cette tumeur aucune prolifération cellulaire capable de faire songer à un sarcome, et qu'il s'agissait manifestement d'une tumeur bénigne, d'un lipome simple ».

Très rapidement, tous les symptômes généraux s'amendèrent, et la fillette recouvra une santé parfaite.

Là se terminait mon observation dans la thèse du D[r] Hurault, mais il y a une suite que je suis heureux de pouvoir publier ici.

En novembre 1903, c'est-à-dire *trois ans* après mon opération, la tumeur a récidivé sur place dans la fosse sous-épineuse gauche. En quelques semaines, elle atteignit le volume de celle que j'avais enlevée, et, chose bizarre, ce développement rapide s'accompagnait des mêmes symptômes généraux que la première fois : amaigrissement, diarrhée incoercible, toux quinteuse.

Le 6 novembre 1903, je fis donc une incision sur la cicatrice de la première opération, et j'énucléai une tumeur semblable à celle que j'avais déjà vue dans la même loge trois ans auparavant. Je sectionnai encore un pédicule ostéo-périostique sous la cavité glénoïde, et je pris soin de gratter et de curetter le périoste à ce niveau avant de refermer la plaie. L'examen histologique fait de nouveau avec le plus grand intérêt, donna les mêmes résultats que pour la première tumeur. C'était encore du lipome pur.

J'ajoute que tous les phénomènes généraux cessèrent immédiatement après l'opération. Et depuis deux ans, l'enfant se développe très normalement et se porte parfaitement bien.

Deux points me paraissent dignes d'intérêt dans cette histoire :

D'abord la récidive *in situ* d'une tumeur bénigne histologiquement. Je me demande si c'est bien une récidive, ou si ce n'est pas simplement l'évolution d'un lobe du lipome qui m'avait échappé lors de ma première intervention. Cette dernière interprétation cadrerait mieux avec la pathologie générale.

En second lieu, les symptômes généraux graves se manifestant deux fois de suite à trois ans d'intervalle, au moment même où le lipome se developpe rapidement, doivent-ils être considérés comme une conséquence de la tumeur? Peut-on admettre là ce qu'on a appelé la fièvre ou l'intoxication néoplasique? Ou bien n'y a-t-il eu qu'une simple coïncidence, et la tumeur n'a-t-elle évolué si rapidement, les deux fois, que sous l'influence d'une intoxication générale, grippale ou autre?

Là encore, je crois que cette dernière explication est plus en rapport avec ce que nous savons de l'évolution des tumeurs bénignes en général; et le lipome ostéo-périostique, congénital ou non, est assurément le type le plus classique de la tumeur bénigne. Je me borne à livrer le fait tel que je l'ai observé.

M. Nélaton. — J'ai observé deux cas de lipomes ayant une inplantation ostéo-périostique :

Le premier cas est celui d'une femme de trente ans environ qui portait au niveau de la région occipitale une tumeur plus grosse que mon poing.

Cette femme se rappelle qu'à l'âge de quatorze ans, Giraldès lui proposa d'enlever cette tumeur alors grosse comme une noix; la mère de l'enfant avait refusé l'opération.

A l'examen, la tumeur avait la consistance d'un lipome; on trouvait des lobules au milieu d'une masse pseudo-fluctuante; la peau était grenue, épaissie et présentait des enfoncements correspondant aux pores de la peau, exagérés.

A sa base la tumeur se continuait avec l'apophyse occipitale externe par un pédicule osseux du volume d'une noix. J'enlevai le lipome et laissai la saillie osseuse qui fut recouverte par le cuir chevelu.

Le second cas est celui d'un homme que j'opérai à l'hôpital Tenon vers 1893; il avait un énorme lipome de la région antéro-interne de la cuisse.

Ce lipome était sous-aponévrotique et s'implantait sur le petit trochanter.

M. Broca. — J'ai eu l'occasion d'enlever il y a peu de temps un lipome périostique chez un enfant, dont voici l'observation rédigée par mon interne M. Herbinet.

Marcel M..., neuf ans, entré à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Molland, service de M. Broca, pour une tumeur siégeant à la jambe gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux il y a six ans, mère bien portante, une sœur moins âgée en bonne santé, sept autres enfants morts dans l'enfance, atteints, dit la mère, de méningite.

Pas de fausse couche. Tous les enfants sont nés à terme.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme, élevé au biberon, au lait bouilli. A percé sa première dent à quatre mois. A fait ses premiers pas à treize mois.

Pendant sa première enfance, pas de troubles gastro-intestinaux; le sevrage se fait dans d'excellentes conditions. L'enfant est sujet aux rhumes, a eu à plusieurs reprises des bronchites.

Comme maladies antérieures, on note la rougeole et la coqueluche à l'âge de trois ans.

Depuis cette époque, bonne santé générale; la mère n'eut jamais recours au médecin.

L'affection pour laquelle l'enfant est amené à l'hôpital paraît remonter à trois mois. A cette date, la mère par hasard, en habillant son enfant, aperçut une petite grosseur à la partie antérieure de la jambe gauche. Celle-ci était indolore, et jamais l'enfant ne s'en plaignit. La mère ajoute que cette tumeur devait être de date récente, car, auparavant, elle n'avait jamais attiré son attention. L'interrogatoire reste négatif au point de vue traumatisme antérieur. L'enfant n'avait point fait de chute ni reçu de coup sur la jambe.

La grosseur augmenta sensiblement depuis la date d'apparition; aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après la première constatation de la mère, on note ce qui suit :

La jambe gauche présente deux bosselures, une située à la région inférieure du genou, l'autre à 5 ou 6 centimètres au-dessous.

Cette dernière siège à la partie médiane, empiétant légèrement sur la région antéro-externe; elle est peu saillante, étalée, mesurant un diamètre de 3 centimètres environ, sans contours bien limités. La palpation donne une sensation de mollesse uniforme. La tumeur est mobile sur les plans profonds, la peau se laisse facilement plisser à la surface, la tumeur semble siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Elle est absolument indolente, on ne perçoit aucune dilatation veineuse à son niveau. *L'autre tumeur* est située au niveau de l'extrémité supérieure du tibia; elle répond au tendon rotulien et au plateau tibial, elle a la grosseur d'un petit œuf de poule; elle est plus saillante que la précédente, moins étalée, de consistance assez résistante, mais facilement dépressible, sans rénitence, ni fluctuation. La tumeur est nettement circonscrite, sans irrégularités ni à la surface, ni à la périphérie, la peau est mobile à son niveau, mais, dans la profondeur, la tumeur est nettement adhérente au plan sous-jacent, les mouvements de la jambe sur

la cuisse la laissent complètement immobile. L'articulation est libre dans tous ses mouvements, les culs-de-sac sont normaux, avec sensation d'hydarthrose. Indolence complète, même à une pression forte, irréductibilité dans ces conditions.

L'enfant ne s'est jamais plaint; il n'a jamais ressenti ni douleur, ni gêne.

A l'examen du squelette, on constate que l'enfant est bien développé pour son âge, aucune déformation, aucune tumeur analogue dans aucune partie du corps, pas de nævi.

Excellent état général. Le facies est un peu pâle, l'examen des autres organes est absolument négatif. A la radiographie, l'os paraît sain.

Opération : anesthésie par éther.

Incision longitudinale sur le bord antérieur du tibia. On tombe, à la partie inférieure, sur un amas graisseux, sans enkystement, se continuant avec la graisse du tissu cellulaire voisin. On en fait facilement l'ablation.

A la partie supérieure, on se trouve en présence d'une tumeur nettement enkystée, ayant à peu près la dimension d'un gros œuf de pigeon, répondant au tendon rotulien et au plateau tibial. On le libère latéralement, et on constate qu'il adhère à la partie profonde et au tendon rotulien et au périoste, un peu au dehors de l'insertion du tendon rotulien. On sectionne ce trousseau résistant qui forme pédicule et on obtient la tumeur en entier. On se rend compte, cela fait, de l'attache périostique que présentait la tumeur.

Suture et guérison par réunion immédiate de huit jours.

Il est à noter dans cette observation que l'on ne remonte pas, en apparence au moins, à une origine congénitale, comme cela a été observé dans certains cas de ce genre. Quant aux connexions exactes avec les insertions tendineuses ou avec les parties voisines du périoste, je ne peux donner aucune conclusion. Il en était de même chez deux autres malades, de sexe féminin, que j'ai observées en 1894, à l'hôpital Trousseau, alors que j'étais assistant de M. Lannelongue, et dont M. Braquehaye a publié l'histoire dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Il y avait adhérence aux parties fibrotendineuses d'une apophyse épineuse, et M. Lannelongue admet que, dans ces cas, il s'agit de méningocèles déshabitées, isolées et engraissées. Opinion que je crois insoutenable, car ces lipomes tendinopériostiques des apophyses épineuses sont, au siège près, semblables à ceux que nous observons en des régions quelconques.

Chez mon dernier malade, la partie inférieure du lipome n'était pas encapsulée, et il en était de même pour les deux lipomes congénitaux rachidiens. La tumeur tenait à l'os et je l'affirmai cliniquement, mais je ne songeai pas au lipome. J'éliminai l'abcès froid, parce que, à côté, l'articulation était parfaitement saine. La

radiographie me démontra que l'os était sain, de contour tout à fait net, et j'admis, vu la consistance molle, non grenue, qu'il s'agissait probablement d'un myxome. Ces questions de diagnostic différentiel sont d'ailleurs d'un intérêt nul.

M. Pierre Delbet. — J'avais demandé la parole il y a un instant pour rappeler que j'ai présenté ici-même, l'an dernier, un volumineux fibrolipome d'origine périostique. Tout à l'heure, mon ami Routier comparait le volume de celui dont il parlait au bouchon de la carafe; celui que je vous ai présenté était plus volumineux que la carafe tout entière.

Il s'était développé chez un vieillard. Il siégeait entre le fémur et le quadriceps et je n'en avais pas fait le diagnostic. Je croyais qu'il s'agissait d'un sarcome musculaire, et je m'attendais à une opération laborieuse ainsi qu'à des dégâts considérables. Je fus agréablement surpris, après avoir traversé par une incision toute l'épaisseur du muscle, de voir la tumeur s'énucléer d'un seul coup, s'énucléer partiellement, car elle restait adhérente par un pédicule. Je disséquai avec soin ce pédicule qui était aplati en lamelle, et je constatai, avec la plus grande netteté, qu'il s'insérait sur la face profonde du fémur au niveau de la ligne âpre.

Quand j'ai présenté cette pièce, mon maître, M. Kirmisson, m'a demandé si j'avais fait l'examen histologique; je ne l'avais pas fait alors. Je l'ai fait depuis et constaté que la tumeur était bien un fibrolipome.

Je voudrais ajouter un mot au sujet de ce que vient de dire mon ami Broca sur les lipomes qui se développent sur la ligne médiane postérieure, soit dans la région occipitale, soit dans la région cervico-dorsale, soit, et beaucoup plus souvent, dans la région lombaire ou lombo-sacrée.

Ces lipomes ont été attribués à des sacs de méningocèles déshabités, à des vices de développement de l'axe nervo-rachidien. Je ne crois pas qu'on puisse faire aussi bon marché de cette doctrine que Broca vient de le dire, ni s'en débarrasser d'un coup d'épaule méprisant.

Je ne veux pas insister sur les raisons qui militent en faveur de cette théorie, car ce serait, je crois, sortir absolument du cadre de la discussion qui a été soulevée par notre président. Je me bornerai à rappeler que, dans certains cas, les lipomes lombaires s'accompagnent de rachischisis, et qu'on a même vu le pédicule du lipome s'insinuer dans la fente vertébrale.

M. Broca. — Je n'ai jamais dit que certains lipomes congénitaux ne puissent pas être des méningocèles déshabitées et engraissées; quand il y a rachischisis sous-jacent, il est évident

qu'il s'est passé quelque chose d'anormal dans la profondeur. Mais je crois que, pour bien des choses, on a abusé de ces méningocèles déshabitées, et en particulier l'adhérence d'un lipome, même congénital, à une région épineuse où sont réunis périoste, tendons, ligaments, est une preuve tout à fait insuffisante, tandis qu'on ne ne peut méconnaître l'identité d'aspect de ces lipomes avec ceux — dont nos collègues viennent de nous parler — où l'insertion se fait sur un os quelconque, éloigné du rachis.

M. Kirmisson. — A propos de la signification à donner aux lipomes périostiques prenant insertion sur la ligne médiane du corps, il me semble qu'il faut attacher une grande importance au point d'implantation. S'il existe, en même temps que le lipome, un certain degré de rachischisis, il est permis d'y voir un sac de méningocèle déshabité, mais si l'insertion se fait sur une apophyse épineuse, il est évident que semblable interprétation ne peut plus être de mise. Du reste, le lipome est une des plus fréquentes parmi les tumeurs congénitales. Le lipome périostique, en raison de son siège profond, prête surtout aux erreurs de diagnostic. Je me souviens parfaitement du cas que vient de citer M. Guinard, et c'est parce que le mauvais état général de l'enfant et le développement rapide de la tumeur, pouvaient faire craindre un ostéosarcome, que j'avais conseillé d'avoir recours d'abord au traitement spécifique, avant de se lancer dans une opération qui pouvait présenter une haute gravité.

M. Ch. Monod. — J'ai observé il y a quelques jours à Saint-Antoine un fait très semblable à celui que vient de nous rapporter M. Routier.

Il s'agissait aussi, dans ce cas, d'une petite tumeur fluctuante de la région sous-claviculaire droite — tellement fluctuante que chef de service, assistant, internes n'hésitèrent pas à porter le diagnostic d'abcès froid.

Je chargeai mon interne de faire dans cette tumeur une ponction et une injection d'éther iodoformé. Je sus le lendemain que la ponction, répétée deux fois, avait été négative.

J'en conclus que nous devions avoir affaire à un lipome et procédai aussitôt à son extraction.

C'était bien un lipome, s'enfonçant profondément entre la coracoïde en dedans la clavicule, la voûte acromiale et l'humérus en haut et en dehors. Je procédai par énucléation et parvins à dégager assez facilement la tumeur. Ai-je dans cette manœuvre rompu quelque pédicule périostique, cela est possible — mais je n'en suis pas certain. Je n'ai pas en tout cas vu ce pédicule, et le squelette n'était nulle part à nu.

Me permettrez-vous à cette occasion de donner dans cette discussion, une note un peu discordante au sujet de la pathogénie et même de l'existence des lipomes périostiques ?

J'avoue que je ne comprends pas bien cette origine périostique des lipomes fondée sur ce seul fait que la tumeur est, en un point ordinairement limité, adhérente au squelette.

J'ai toujours considéré les lipomes comme des tumeurs se développant là où il y a de la graisse, soit dans le tissu cellulaire souscutané, soit dans les interstices graisseux des muscles ou des aponévroses ou ailleurs (1). Que, secondairement, ces tumeurs contractent des adhérences avec le squelette — ou avec les tendons, comme M. Broca le disait tout à l'heure — je l'admets. Mais que cette connexion soit primitive et que l'on puisse en conclure que la tumeur a pour point de départ périoste ou aponévrose, voilà qui me paraît moins admissible.

Les lipomes sont des tumeurs qui vivent dans les tissus sans qu'il soit nécessaire, comme semblait le dire M. Delbet, qu'elles possèdent un pédicule par lequel pénètrent les vaisseaux destinés à les nourrir ; ceux-ci leur arrivent par tous les points de leur périphérie.

Je comprendrais que l'on donnât le nom de lipomes périostiques à des tumeurs siégeant sous le périoste et en connexion plus ou moins étendue avec l'os, mais non à celles qui n'ont que des rapports très étroits avec le squelette, cette adhérence pouvant, je le répète, être secondaire — comme notre collègue M. Schwartz l'a du reste reconnu pour une certaine variété de ces tumeurs.

Rapport.

Sur un travail de M. Barnsby (de Tours), intitulé : *Extraction de deux corps étrangers de l'œsophage, au moyen du crochet de M. Kirmisson*,

par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, la récente discussion qui s'est produite ici à propos de l'extraction des corps étrangers de l'œsophage a eu au dehors un notable retentissement. Déjà, dans la séance du 28 février dernier, je vous ai rendu compte d'une observation de M. d'Œlsnitz (de Nice), dans laquelle notre confrère avait pu, avec la plus grande facilité, enlever, à l'aide de mon crochet œsophagien, une

(1) Je fais abstraction des lipomes, dits hétéroplasiques de Virchow, fort rares d'ailleurs.

pièce de cinquante centimes qui avait séjourné onze jours dans l'œsophage d'un enfant de quatorze mois.

Aujourd'hui, c'est le Dr Barnsby (de Tours) qui nous adresse deux nouvelles observations du même genre. La première, surtout, est intéressante, en ce qu'elle a trait à un jeune enfant de seize mois. Le 4 février dernier, ce bébé avala, en jouant, une pièce de dix francs. La mère s'aperçoit immédiatement de l'accident, et présente à l'enfant un biberon. La déglutition est difficile, et suivie d'une régurgitation immédiate. Une deuxième tentative est faite deux heures après, le lait semble alors passer sans difficulté.

L'enfant est amené à M. Barnsby, le 12 février, soit huit jours après l'accident. L'examen radioscopique montre que la pièce est enclavée dans l'œsophage, à la hauteur de la fourchette sternale, et qu'elle est placée verticalement, avec une légère obliquité.

Séance tenante, on fit une tentative d'extraction avec le panier de Graefe. Celui-ci vint buter immédiatement contre le corps étranger, et tous les efforts restèrent sans résultat. Il est probable même que la pièce fut déplacée, et se rapprocha de l'horizontale, car l'ingestion du lait fut immédiatement suivie de régurgitation.

Dans ces conditions, M. Barnsby télégraphia à Paris pour se procurer mon crochet œsophagien, et le surlendemain, soit dix jours après l'accident, après avoir endormi l'enfant, il introduisit prudemment le crochet dans l'œsophage. Il fut arrêté immédiatement par le corps étranger. Il appuya légèrement, et à plusieurs reprises, la pointe du crochet sur la pièce, et eut vite la sensation que la résistance diminuait peu à peu; dès lors, le crochet passa au delà du corps étranger. M. Barnsby chercha alors à accrocher la pièce; à la deuxième tentative, il eut nettement la sensation qu'il la tenait, et, attirant doucement l'instrument à lui, il ramena très facilement pièce et crochet au dehors; l'opération avait duré une minute et demie. Les suites furent des plus simples; l'alimentation redevint très facile, et le bébé est actuellement complètement guéri.

La seconde observation de M. Barnsby est moins intéressante, en ce qu'elle a trait à une fillette de sept ans. Le corps étranger avalé était un jeton en os de la dimension d'un sou. Des tentatives d'extraction furent faites, tentatives malheureuses, qui n'eurent d'autre résultat que de rendre impossible la déglutition des liquides, qui, jusqué-là, s'était effectuée facilement. C'est dans ces conditions que, quatorze jours après l'accident, l'enfant fut adressée à M. Barnsby. Dès le lendemain, c'est-à-dire le quinzième jour, M. Barnsby, après avoir endormi l'enfant, introduisit mon crochet œsophagien. On perçut nettement le frottement de l'appa-

reil métallique contre le jeton en os; le corps étranger fut accroché et extrait en quarante secondes avec la plus grande facilité.

Dans les réflexions dont il fait suivre ses observations, M. Barnsby insiste sur la nécessité de la choroformisation en pareil cas. Sans doute, dans les cas difficiles, lorsqu'il s'agit d'un enfant très jeune, d'un objet fortement enclavé dans l'œsophage, l'anesthésie sera un adjuvant fort utile. Mais elle n'est pas toujours indispensable. Dimanche dernier encore, j'enlevais dans mon service avec la plus grande facilité et sans anesthésie, chez une fillette de neuf ans, une pièce de 2 francs dont le diamètre est de 28 millimètres.

Chaque jour nous apporte des documents nouveaux sur l'extraction des corps étrangers à l'aide du crochet œsophagien. Dernièrement, notre confrère M. Gaudier (de Lille) m'écrivait :

« Si jamais l'extraction des corps étrangers de l'œsophage revient en discussion à la Société de chirurgie, je voudrais vous signaler le fait suivant, tout en l'honneur de votre crochet.

« Pièce d'un sou déglutie le 18 janvier par un enfant de six ans, qui est envoyé dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur le 16 février (vingt-neuvième jour) par son médecin, avec avis d'œsophagotomie externe. Radioscopie montrant le sou à la partie inférieure de l'œsophage, tiers inférieur.

« Le 17 février, j'extrais avec votre crochet le sou aussi aisément que s'il y avait été introduit la veille. Suites nulles.

« A Lille, les enfants des quartiers ouvriers où est construit l'hôpital Saint-Sauveur, ont l'habitude d'avaler des sous. Depuis quatre ans, moi-même, mes internes, mon chef de clinique, extraient journellement des pièces de monnaie avec votre seul crochet, qui s'use à la prise, mais aussi avec un succès toujours le même. »

Comme on le voit, l'extraction a pu être faite heureusement, au bout d'un mois, dans le cas de M. Gaudier (de Lille).

Un fait plus curieux encore, au point de vue de la longue durée des accidents, c'est celui du professeur Masséi (de Naples). J'avais appris par M. Collin que, dans un cas, le professeur Masséi avait eu grandement à se louer de l'emploi du crochet œsophagien. J'ai écrit à notre collègue, qui a eu la complaisance de m'adresser sa très intéressante observation.

Elle est relative à un enfant de trois à quatre ans, qui, au mois d'août 1904, avait avalé un sou. Il fut amené à Naples le 6 février de cette année, pour des troubles de la respiration; la voix était bonne, mais la respiration était sifflante, témoignant d'un obstacle au niveau des bronches ou de la trachée. Les parents n'attachaient du reste pas d'importance à l'histoire du sou avalé six mois aupa-

ravant, parce que l'enfant avait bon appétit, et que la déglutition s'exécutait facilement.

Néanmoins, le professeur Masséi supposa immédiatement que la compression trachéale pouvait être produite par le sou demeurant dans l'œsophage. Après avoir insensibilisé le pharynx à la cocaïne, il introduisit une bougie qui fut arrêtée par le corps étranger à peu de distance au-dessous de la partie supérieure de l'œsophage; à la bougie il substitua le crochet œsophagien qui passa au-dessous de l'obstacle avec la plus grande facilité, et en le ramenant au dehors, il ramena du même coup le sou avalé six mois auparavant. La gêne respiratoire cessa immédiatement, et l'enfant guérit sans incident.

Vous le voyez, Messieurs, au fur et à mesure que les faits se multiplient, vous voyez s'étendre les limites du champ d'action de l'instrument. En ce qui concerne l'âge des enfants, M. d'Œnitz a pu l'appliquer heureusement chez un enfant de quatorze mois, M. Barnsby chez un bébé de seize mois. Dans le cas de M. d'Œnitz, le corps étranger avait été avalé onze jours auparavant; dans les faits de M. Barnsby, l'accident datait de dix et de quinze jours; dans le cas de M. Gaudier (de Lille), l'accident remontait à un mois; enfin, dans l'observation de M. Masséi, le sou était en place depuis six mois : et cependant, dans aucun de ces cas, l'extraction n'a été suivie d'accidents.

Il me reste, en terminant, à vous demander d'adresser nos remerciements à notre confrère M. Barnsby, dont les observations constituent une contribution intéressante à l'étude de la question.

Communication.

Sur la dégénérescence du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibromes.

par M. L. GUSTAVE RICHELOT.

Il y a longtemps que je ne vous ai parlé de la dégénérescence du moignon après la subtotale pour fibromes. Cela doit vous manquer. Pour calmer votre impatience, j'ai hâte de vous communiquer de nouveaux faits.

J'ai recueilli six observations, qui viennent s'ajouter à celles que vous connaissez déjà. J'en dois deux à Albert Martin (de Rouen), qui se résument ainsi :

I. — Femme de trente-neuf ans, hystérectomie pour fibromes le 28 janvier 1897. L'utérus est enlevé *en totalité*. Avant d'ouvrir le ventre et pour faciliter l'extirpation abdominale, on incise d'abord les culs-de-

sac par la voie basse comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, et on rase la surface du col pour éviter sûrement la vessie et l'uretère. « Il est probable, dit l'auteur, qu'il est resté un peu de tissu utérin sur la plaie vaginale ». La malade est revue en octobre 1900, elle se plaint d'hémorragies; on trouve dans le fond du vagin un cancer envahissant les parois, qu'on traite par le curettage et le fer rouge; l'évolution est lente, la malade vaque à ses occupations pendant deux ans et demi, puis la cachexie se prononce et la mort survient en août 1904.

Vous voyez qu'il s'agit là d'une hystérectomie *totale*, qui n'a pas mis la femme à l'abri d'un cancer ultérieur, et qui semble, à première vue, contredire ma thèse. Je la revendique, cependant, à l'appui des idées que je vous ai soumises, comme j'ai revendiqué deux observations analogues de Bazy et de Beurnier (*Soc. de chir.*, 8 juin 1904). Car la supériorité de la totale au point de vue des résultats éloignés, et la facilité de la désinsertion vaginale, méconnue par vous, ne sont pas les seuls points que j'ai défendus. La question est plus haute et plus générale : j'ai soutenu que la neuro-arthritique, la scléreuse est la femme prédisposée au cancer. N'est-il pas évident qu'une extirpation totale de l'utérus, en interdisant les cancers du moignon, n'enlève pas les chances d'un cancer du sein, du vagin ou de tout autre organe? Mais cette réserve ne saurait nous dispenser de suivre la conduite qui paraît la plus sûre, et de formuler cette règle qu'en présence d'un fibrome utérin, et quelle que soit la bénignité propre de la tumeur, on n'est jamais en situation parfaitement bénigne, et qu'il y a lieu, quand on opère, d'opérer très radicalement, en prévision d'un néoplasme qui peut couver dans les profondeurs du col et surgir après quelques mois, ou naître plus tard dans un moignon négligé.

Le cas d'Albert Martin peut être, d'ailleurs, interprété de façons diverses. Je me refuse à chercher l'origine du cancer dans « un peu de tissu utérin » laissé aux lèvres de la plaie vaginale, car ce n'était là, certainement, qu'un peu de tissu musculaire, et toute la muqueuse, toutes les glandes, tout l'épithélium avaient été enlevés ; l'auteur me tend la perche, néanmoins j'estime que l'hystérectomie fut totale, et j'écarte cette première hypothèse. Mais il n'est pas certain, pas plus que dans les observations de Bazy et de Beurnier, que ce cancer du vagin fût primitif. Peut-être Albert Martin a-t-il enlevé un col où se cachait un cancer au début, et ce néoplasme envahissant, vu trois ans plus tard, n'est-il qu'une récidive au niveau de la cicatrice vaginale. C'est bien possible, et cela voudrait dire une fois de plus que les cancers récidivent, mais cela ne prouverait pas qu'il faut garder les moignons.

II. — Femme de cinquante-huit ans, « très arthritique (coliques

hépatiques, etc.) »; hystérectomie subtotale le 5 mars 1903, pour un énorme fibrome; cautérisation de la muqueuse cervicale au thermocautère. La malade est revue en 1904 : épithélioma non douteux du col utérin, douleurs de propagation à partir du mois de juin, et mort en octobre de la même année.

J'ai à peine besoin de vous faire remarquer combien est illusoire, au point de vue du cancer futur, la cautérisation de la muqueuse intra-cervicale. Elle fut inventée et peut être bonne contre l'infection; mais elle est de nulle valeur pour détruire les cryptes glandulaires et les épithéliums profonds. Les défenseurs de la subtotale l'ont invoquée dans la discussion; je n'y ai pas insisté, car je ne pouvais répondre sur tous les points secondaires, mais, puisqu'elle revient ici, je vous la signale en passant, ainsi que sa voisine, la résection de la cavité cervicale au bistouri. Celle-ci prétend faire mieux, mais elle respecte et la pointe du col, où les glandes sont le plus nombreuses, et tout l'épithélium de la portion vaginale.

Le deuxième cas d'Albert Martin appartient à cette catégorie, dans laquelle on peut supposer que le cancer du col, aperçu dix mois plus tard, existait déjà au moment de l'opération. Ce n'est qu'une hypothèse, mais elle est plausible, et on me l'a présentée comme un argument en faveur de la subtotale, je me demande encore pourquoi. « Nous faisons la subtotale pour le fibrome, semblait-on dire; un cancer du col échappe à notre examen? C'est un malheur dont nous ne sommes pas responsables. » J'en suis demeuré stupéfait, et j'ai répondu : quelle différence y a-t-il entre le mal déjà existant, mais caché, et celui qui naîtra dans six mois? Si vous jugez nécessaire d'enlever tout en présence d'un cancer visible, est-ce une raison pour laisser les cols où vous ne voyez rien? Ceux-ci non seulement peuvent dégénérer dans l'avenir, mais ils peuvent receler déjà la première ébauche d'une tumeur maligne; et je ne puis voir là autre chose qu'une raison de plus en faveur de l'extirpation totale.

Voici maintenant trois observations nouvelles de Picqué, Beurnier et Bazy.

III. — Observation de Picqué. Femme de cinquante et un ans, opérée d'un énorme fibrome il y a onze ans et demi. Vous penserez comme moi que son cancer n'existait pas alors, et qu'il est né depuis l'opération. Examinée en août 1904, elle présente un néoplasme envahissant du col et des culs-de-sac; l'état général est précaire, et toute intervention est reconnue impossible. Le 6 septembre, elle est prise de symptômes urémiques; le rein droit est gros et douloureux; le 7, néphrotomie d'urgence, et mort dans la soirée.

IV. — Observation de Beurnier. Femme de quarante-neuf ans;

examen à l'hôpital Tenon en mai 1904, huit mois après une hystérectomie subtotale pour fibrome. Écoulements ichoreux, amaigrissement. Les deux lèvres du col utérin sont ulcérées et de consistance néoplasique; souplesse et intégrité des culs-de-sac; après l'examen vaginal, le doigt sort sanglant et l'odeur est caractéristique. Au spéculum, la portion vaginale du col paraît prise dans le tiers de sa hauteur; l'ulcération pénètre dans la cavité cervicale, des bourgeons saillants et mollasses la recouvrent. A l'exploration minutieuse de l'abdomen, rendue facile par la dépressibilité de la paroi, aucune tumeur, aucune preuve de diffusion; mais la malade offre des signes d'urémie chronique, elle est très faible et ne pourrait supporter une intervention. Pendant son séjour à l'hôpital, l'ulcération augmente, un fongus volumineux se développe, avec des écoulements sanieux, et la malade meurt d'urémie dans le courant d'octobre.

V. — Observation de Bazy. Femme de quarante ans; fibrome utérin, avec col volumineux développé surtout aux dépens de la lèvre antérieure. La masse fibromateuse monte à mi-chemin de l'ombilic; les culs-de-sac sont comblés par des lobules secondaires. Le 30 avril 1903, hystérectomie subtotale (la section passe un peu au-dessous de l'isthme); suites opératoires simples. — Deux ans plus tard, le 15 mars 1905, la malade revient avec des hémorragies nouvelles et un cancer du moignon cervical. Un curettage est pratiqué, puis la malade est prise de vomissements, fièvre, délire, et le 9 avril elle quitte l'hôpital pour rentrer chez elle dans un état désespéré.

Enfin, j'ai reçu de M. le D[r] Labeyrie (de Nantes) l'observation suivante :

VI. — Observation de Labeyrie (de Nantes). — Femme de quarante ans; hystérectomie pour fibrome en 1900, à l'hôpital de Chantenay. Deux ans plus tard, en avril 1902, elle entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et présente à l'examen un cancer du col avec bourgeons exubérants et envahissement des culs-de-sac. L'étendue des lésions réduit l'intervention au curettage suivi de cautérisation thermique. A l'examen histologique, il s'agit d'épithéliome lobulé. La malade a été perdue de vue.

Dans notre discussion d'octobre-décembre 1903, et dès que la question fut posée, j'ai pu mettre au jour — sans tenir compte des faits de la littérature médicale, si vivement critiqués par vous — quinze observations authentiques de dégénérescence du moignon. Depuis lors, j'en ai cité une de la Société des sciences médicales de Lille et une autre qui m'appartient (Société de chirurgie, 23 mars et 1[er] juin 1904) ; aujourd'hui, nous sommes à vingt-deux, le premier cas d'Albert Martin ayant trait à une extirpation totale et ne pouvant être compté.

Si tous les gynécologues voulaient bien imiter nos collègues de la Société de chirurgie, qui, bien que férus de la subtotale, mais amoureux de la vérité, m'ont obligeamment communiqué les faits

de leur pratique, nous arriverions vite à reconnaître que la dégénérescence du moignon n'est pas tellement exceptionnelle qu'il soit ridicule d'en tenir compte, et à penser, peut-être, que la coexistence du fibrome et du cancer, moins « rarissime » qu'on ne l'a dit à cette tribune, est autre chose qu'un simple hasard.

Lisez la thèse récente de G. Piquand (1); elle est remarquable et me donne un précieux appui. Il y est question de toutes les formes de dégénérescence, fibreuse, calcaire, etc., auxquelles sont exposés les myomes, dans la proportion de 30 p. 100 des tumeurs opérées; mais toutes ces formes ne nous intéressent pas au même degré, plusieurs ne sont pas en discussion. La transformation sarcomateuse est bien dans mon sujet; elle mériterait de nous arrêter, car elle a provoqué maints travaux en Allemagne et en France; mais elle est moins fréquente que l'épithéliome (2 p. 100 des cas observés), j'y ai fait allusion en 1903 et n'y suis pas revenu, le cancer me suffit. Or, écoutez ceci : le cancer du corps de l'utérus se rencontre sept ou huit fois plus souvent chez les femmes atteintes de fibromes que chez les autres, et celui du col est encore plus fréquent. Sur 600 femmes « normales », on trouve 1 cancer du corps et 3 du col; sur 600 fibromateuses, 9 cancers du corps et 12 du col.

Je me sépare de l'auteur quand il attribue la fréquence de l'épithéliome aux troubles mécaniques et circulatoires, à l'irritation de la muqueuse, provoqués par la présence du myome, et je rappelle que les femmes « normales » porteuses de cancer ont aussi une muqueuse et un parenchyme hypertrophiés, ce sont des arthritiques et des scléreuses. Peu importe en ce moment; le fait que je veux mettre en lumière, c'est que l'épithéliome pousse volontiers chez les fibromateuses, qu'elles y sont prédisposées, et que la coïncidence n'est pas fortuite. Pourquoi donc refuser d'en tenir compte?

Aussi bien, il me semble que les faits se multiplient et que l'opinion est en marche. Que pensez-vous de cette muqueuse d'un utérus fibromateux présenté par Péraire (*Soc. anat.*, 14 octobre 1904), hyperplasiée, formant au niveau du fond une masse frangée et dentelée épaisse de 3 cent. 1/2, et envoyant une série de prolongements papillaires de consistance mollasse? Cornil n'y a trouvé que des lésions d' « endométrite glandulaire » ; mais croyez-vous que la dégénérescence était bien loin? W. Alexander, Macnaughton Jones, ont vu ces « adénomes de l'endomètre » (*British gynæcol. Society*, 8 décembre 1904), et Bowreman-Jesset estime que l'altération de la muqueuse utérine est pré-cancéreuse;

(1) G. Piquand. Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1905.

dans nombre de cas réputés de nature bénigne, il a observé des manifestations malignes ultérieures. C'est une opinion émise à l'*Acad. de méd. de New-York* (22 décembre 1904) que tout fibrome causant le moindre trouble soit opéré à n'importe quel âge, car il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'une dégénérescence maligne. Voyez encore un utérus présenté par Cornil (*Soc. anat.*, 4 novembre 1904) ; cette fois, à côté d'un fibrome œdémateux, il y avait un épithéliome avéré de la muqueuse; on avait pratiqué l'hystérectomie subtotale; croyez-vous qu'on ait bien fait? Et valait-elle mieux, la subtotale exécutée par Briggs (*North of England obst. and gyn. Society*, 16 décembre 1904) pour un utérus fibromateux, et qui fut suivie, quelques mois après, de dégénérescence papillomateuse du col, du vagin, de l'ovaire, si bien qu'après avoir enlevé ces tumeurs avec des ganglions inguinaux à droite et à gauche, le chirurgien dut s'arrêter devant l'envahissement du ligament large?

Continuez donc à faire des subtotales, mais ne me laissez pas ignorer, je vous en prie, les cas de dégénérescence du moignon qui pourraient survenir chez vos malades. Vous en tirerez les conclusions qu'il vous plaira ; pour moi, je continuerai à dire que la désinsertion vaginale — dans l'hystérectomie *pour fibromes* — n'est pas une affaire d'état, qu'il n'est pas digne de vous de considérer l'ablation totale comme plus difficile et plus grave que la subtotale, et qu'étant donné ce que nous savons aujourd'hui sur l'étiologie des tumeurs, il n'est pas sans intérêt de préférer la première et de réserver la seconde pour les situations compliquées.

Présentation de malade.

Anévrisme artério-veineux de la base de l'aisselle droite.

M. A. Mignon. — Le malade que je vous présente, et qui est âgé de vingt deux ans, est entré il y a environ deux mois dans mon service pour une blessure ancienne du creux de l'aisselle droite par coup de couteau.

Il jouait, dans une chambre, le 6 janvier dernier, avec un de ses camarades, lorsqu'il tomba sur la pointe d'un couteau que celui-ci tenait dans la main : hémorragie faible, douleurs insignifiantes, guérison rapide de la plaie superficielle.

Au moment de prononcer l'exeat du malade, le médecin de province qui l'avait soigné constata des symptômes qui lui firent admettre une lésion des vaisseaux axillaires. Il demanda alors

son évacuation sur le Val-de-Grâce pour complément d'observation et de traitement.

Le diagnostic n'était pas difficile à établir. La simple apposition des doigts dans le creux de l'aisselle permettait de percevoir un thrill des plus nets, qui avait son maximum au niveau d'une petite cicatrice située sur la face interne du bras à un travers de pouce au-dessus du pli axillaire et qui marquait le point de pénétration du couteau. Ce thrill était des plus intenses. On l'entendait avec le stéthoscope jusqu'au poignet en bas et dans la région sus-claviculaire en haut. Le malade lui-même en était incommodé pendant la nuit, quand il se couchait sur le côté droit. En même temps que le thrill, l'auscultation de l'aisselle révélait un souffle doux, continu et à renforcement systolique qui se propageait dans le thorax et empêchait même de percevoir le premier bruit du foyer aortique.

L'ondée artérielle appréciée au pouls radial avait considérablement diminué de puissance. On sentait à peine le battement de l'artère et le sphygmographe nous a montré que la longueur de l'onde était de 8 millimètres à gauche et de 2 millimètres seulement à droite.

Par contre, les veines superficielles du bras et de l'épaule étaient très dilatées et formaient des reliefs très apparents. Il existait même au-dessous de la cicatrice de l'aisselle un soulèvement des téguments que j'attribuais à une dilatation ampullaire de la veine en aval de la blessure.

Tous ces signes concordaient à faire admettre l'existence d'un anévrisme artério-veineux siégeant sur la partie terminale de l'artère axillaire au-dessous de la scapulaire inférieure, à l'endroit où l'interruption du courant artériel du membre supérieur est le plus dangereuse.

J'ajouterai que l'examen du plexus nerveux nous démontra que le nerf cubital avait été légèrement intéressé. Le malade se plaignait de fourmillements dans le bord interne de l'avant-bras et de la main et d'une légère gêne dans la fonction du membre supérieur. Les muscles interosseux étaient atrophiés sans être paralysés, et sans que les mouvements des doigts fussent entravés. La sensibilité était diminuée au niveau du petit doigt, de la partie interne de l'annulaire et de l'éminence hypothénar.

Le malade demandait qu'on l'opérât, à cause des fourmillements de la main, du développement progressif du réseau veineux du bras, du thrill qui l'incommodait et aussi d'une diminution réelle de la force de son membre supérieur droit.

J'intervins le 11 mai dernier; et voici ce que je constatai.

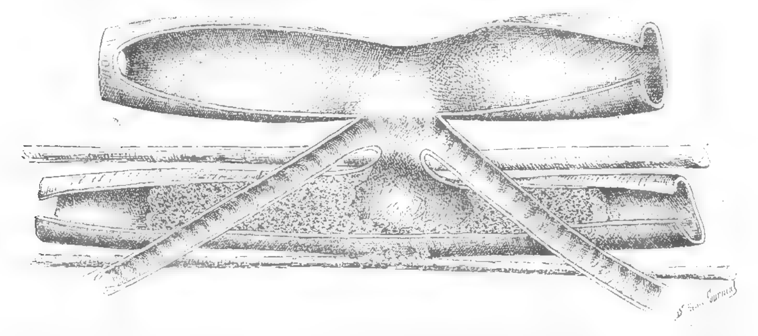
Je dus inciser l'aponévrose d'enveloppe du bras et le tissu cellulo-graisseux de l'aisselle pour arriver sur la lésion.

Une première veine située immédiatement à la face profonde du grand pectoral apparut, grosse comme le petit doigt et étranglée un peu au-dessus du bord inférieur du muscle. On sentait très nettement le thrill se produire dans son canal.

Tout le paquet vasculo-nerveux me sembla entouré d'un anneau fibreux à la partie inférieure duquel le nerf cubital était adhérent. C'était évidemment la cicatrice profonde du coup de couteau.

Je commençai par libérer le nerf cubital et par l'abaisser à l'aide d'une lanière de gaze aseptique. Puis je voulus me rendre compte de l'état des vaisseaux avant d'agir.

Je fis une dissection prudente avec la sonde cannelée.



La veine superficielle qui avait tout de suite attiré mon attention était fixée en un point à l'artère.

L'artère était coudée au niveau de son adhérence à la veine. Elle était dans son ensemble plus petite qu'habituellement et son bout supérieur paraissait plus gros, plus tendu et animé de plus forts battements que le bout inférieur.

Ce n'est pas tout.

La même artère adhérait encore, à une autre veine plus postérieure qu'elle et qui occupait la place habituelle de la veine axillaire. Cette dernière veine plus volumineuse que l'autre était dure et thrombosée.

Il y avait donc deux veines collatérales de l'artère, comme cela arrive quelquefois. Les trois organes avaient été simultanément intéressés par le coup de couteau et étaient soudés ensemble. Mais le sang de l'artère axillaire ne passait que dans la veine externe, l'autre veine ayant cessé d'être perméable.

Le nerf médian était libre.

Une fois les renseignements acquis, je procédai à l'intervention.

Je liai d'abord la veine externe au-dessus et au-dessous de sa communication avec l'artère.

Puis je plaçai un fil d'attente sur le bout supérieur de l'artère axillaire dégagée sur une longueur de 2 centimètres et demi ; et pendant que l'aide tirait sur le fil d'attente, j'incisai le trait d'union de l'artère et de la veine externe. J'avais projeté de suturer l'artère, si c'était possible. Mais le relâchement du fil d'attente me montra, par la force du jet sanguin, que la paroi de l'artère était trop largement ouverte pour tenter ce mode de fermeture du vaisseau. Je me décidai à poser une double ligature sur les deux bouts de l'artère. A ce moment, l'assistant qui tenait la main du malade me déclara que le pouls n'était plus perceptible.

Le coup de ciseau que j'avais donné pour la libération de l'artère avait fait un trou à la paroi de la veine interne qui adhérait aussi à l'artère. Mais le sang ne coulait pas. On voyait par la brèche pariétale un thrombus résistant qui paraissait long de 4 centimètres. Je ne touchai pas à cette grosse veine et considérai l'opération comme terminée.

J'ai donc fait quatre ligatures : deux sur une veine collatérale externe, deux sur l'artère axillaire, avec excision des portions de chaque vaisseau intermédiaire aux ligatures.

Le thrill avait cessé.

Comme derniers temps opératoires : sutures des lèvres de l'incision; pansement local avec enveloppement ouaté du membre supérieur, à l'exclusion de la main qui resta découverte comme témoin de l'état de la circulation.

Je fus très satisfait, au cours de l'opération, du précieux résultat du fil d'attente placé sur l'artère axillaire. J'avais retenu d'une communication de M. Nélaton (1) qu'il suffisait de mettre un fil sous une artère même de gros volume comme la sous-clavière et de couder l'artère en tirant sur le fil pour arrêter le cours du sang, ce qui évite une ligature définitive. C'est très vrai; et je me fis un devoir de montrer à ceux qui m'entouraient la facilité avec laquelle on déterminait ou arrêtait l'écoulement sanguin suivant qu'on relâchait ou tendait le fil d'attente.

Mais je ne vous cacherai pas que je suis resté pendant quelque temps très inquiet sur les suites de mon acte opératoire. J'avais lié l'artère axillaire en sa partie dépourvue de collatérales, au-dessous de la scapulaire inférieure, dans cet espace qu'on est convenu d'appeler la zone dangereuse des ligatures de l'axillaire. Le pouls n'était pas perceptible après la fin du pansement. Qu'allait-il se passer. Les recherches de Soupart et de Derocque me revenaient en mémoire.

Il ne s'est rien passé de pénible : le malade n'a eu ni fièvre ni

(1) *Bul. Soc. chir.* 1888, p. 384.

douleurs et ne s'est pas aperçu qu'il lui manquait un tronçon de l'artère axillaire. La réparation de la plaie s'est faite sans aucun incident, ce que j'attribue à l'asepsie de l'opération.

Vous pouvez constater aujourd'hui le résultat définitif.

Tous les signes de l'anévrisme ont disparu : plus de thrill, plus de souffle, plus de dilatation des veines superficielles, plus de diminution de la température de la main, mais pas de pouls radial très faible.

Du côté du nerf cubital : plus de fourmillements. A la réaction électrique on constate seulement une diminution de l'excitabilité tant faradique que galvanique : les contractions des muscles sont paresseuses quand on excite le nerf ou les muscles directement.

Et dans l'ensemble de la fonction du membre supérieur droit, le malade trouve une force presque égale à celle qu'il avait avant l'opération et qui lui permet de travailler.

Présentations de pièces.

1° *Volumineux fibromes de l'utérus, interstitiels et sous-péritonéaux — les premiers en voie de nécrobiose et de suppuration. Hystérectomie abdominale totale. Drainage abdominal et vaginal.*

M. Ch. Monod. — Les volumineuses tumeurs fibreuses que je vous présente ont été enlevées hier, 30 mai, par hystérectomie abdominale totale, chez une femme de quarante-sept ans, à l'hôpital Saint-Antoine.

Elles me paraissent présenter de l'intérêt à divers points de vue.

Au point de vue anatomo-pathologique d'abord. Il s'agit de fibromes la plupart en voie de nécrobiose, comme le montre l'aspect violacé, ardoisé, caractéristique de leur coupe, qui contraste avec la coloration blanc éclatant d'une seule d'entre elles. Cette dernière tumeur était sous-péritonéale et relativement éloignée de l'utérus, les autres étaient interstitielles. Une de celles-ci était en voie de suppuration, le pus siégeant à la périphérie de la tumeur, dans le tissu fibro-musculaire qui l'entourait et lui formait capsule — mode de suppuration le plus fréquent des fibromes interstitiels, d'après Piquand (1).

A ce sujet je fais une première remarque. Les auteurs les plus récents, Bisch (2), Piquand, s'efforcent de faire une séparation

(1) Piquand (G.). Les dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus. *Thèse* de Paris, 1905.

(2) Bisch (L.). La gangrène des fibro-myomes utérins non pédiculés, *Thèse* de Paris 1904.

complète entre la suppuration et la gangrène dans les fibromes. La pièce que je vous présente semble établir que cette distinction n'est pas aussi tranchée qu'ils le pensent, ou du moins que l'une et l'autre lésion pouvant exister côte à côte dans des tumeurs de siège et d'origine semblables doivent avoir entre elles une certaine parenté et relever de la même cause.

Cette cause quelle est-elle? Le fait présent vient à l'appui de l'opinion soutenue par les deux auteurs que je viens de citer, à savoir que, souvent, le point de départ de l'infection qui atteint le fibrome, en pareil cas, est le canal utéro-vaginal.

La chose me parait établie ici par le fait que tous les fibromes interstitiels, sur cette pièce, sont en connexion — évidente en un point, comme je vous le montre — avec la cavité utérine. Tandis que la seule tumeur qui soit restée intacte est sous-péritonéale et tellement distincte de l'utérus que, pour faciliter l'opération, j'ai enlevé en un premier acte l'utérus et les tumeurs interstitielles, et en un second le fibrome sous-péritonéal qui n'était relié à l'utérus que par un pédicule relativement étroit.

L'infection a pu être ici provoquée et facilitée par les manœuvres auxquelles la malade avait été soumise avant son entrée à l'hôpital. Nous avons appris en effet qu'elle avait subi, il y a quelques mois, de nombreuses séances d'électropuncture.

Un autre point sur lequel j'attire votre attention est la possibilité de faire, avant l'opération, le diagnostic de la complication que nous avons constatée ici. Cette malade nous avait été amenée, il y a quelques semaines, avec des phénomènes sérieux de réaction péritonéale, si bien que, la situation ne me paraissant pas alarmante, je préférai attendre un moment de calme pour intervenir. Elle nous revint il y a quelques jours en bon état général, mais avec un mouvement fébrile persistant, bien que peu considérable — (38°2) le soir. Elle me disait que cet état fébrile s'était accusé au thermomètre pendant tout le temps passé chez elle.

Je crus devoir passer outre. Mais, soupçonnant quelque complication inflammatoire, je décidai, d'accord avec mon excellent collègue et assistant Launay, de faire ici une hystérectomie abdominale totale, et de nous y préparer par un nettoyage particulièrement soigneux du vagin.

De l'opération elle-même je ne dis rien. Elle fut un peu ardue, les tumeurs n'étant pas seulement volumineuses, mais ayant dédoublé le ligament large gauche, au point que, l'opération achevée, nous eûmes au fond de la plaie, à découvert, l'uretère et la naissance des vaisseaux iliaques. Je ne parle pas des nombreuses adhérences épiploïques et intestinales trouvées en cours de route, et traitées comme il convient.

La malade allait bien ce matin et l'on peut, compter sur un bon résultat final — résultat qui sera dû, je crois, au large drainage établi par le vagin, le péritoine ayant été partout refermé au-dessus de l'extrémité supérieure du drain vaginal. La cavité péritonéale reconstituée a été elle-même drainée par la plaie abdominale (1).

2° *Fibrome volumineux du ligament large, sans connexion évidente avec l'utérus. Hystérectomie abdominale subtotale.*

M. Ch. Monod. — La seconde pièce que je vous présente est plus commune.

Il s'agit d'un énorme fibrome du ligament large pesant près de 4 kilogrammes, qui n'était pas en connexion évidente avec l'utérus. Celui-ci, petit et normal, était en avant et au-dessous de la tumeur. Je n'ai pas hésité en ce cas, comme dans d'autres dont je vous ai déjà entretenus, à enlever l'utérus en même temps que la tumeur.

L'opération est par là facilitée et les suites en sont, je crois, meilleures — de par la netteté plus grande du champ opératoire dûment recouvert par le péritoine reconstitué.

Le fait est que ma malade, opérée il y a aujourd'hui quinze jours, peut être considérée comme guérie.

D'ailleurs, d'après un relevé que j'ai fait des cas, au nombre de plus de 200, réunis dans la thèse de Strohëker (2), j'ai pu constater en comparant les cas de fibrome du ligament large, opérés, soit par ablation simple en respectant l'utérus, soit en enlevant en même temps que celui-ci la tumeur — que les premiers, au nombre de 77 avec 17 morts, donnent une mortalité de 22,2 p. 100 ; tandis que pour les seconds, au nombre de 57 avec 7 morts, la mortalité n'est que de 12,2 p. 100.

Je sais que ces chiffres donnés ainsi en gros ne signifient pas grand'chose. Ils viennent cependant trop à l'appui de l'opinion que je défends, pour que je n'attire pas sur eux votre attention.

Anévrisme thoracique. Suite d'observations et pièces.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter les pièces d'autopsie du cas d'anévrisme que j'ai communiqué à la Société de chirurgie dans la séance du 12 avril dernier.

(1) Aujourd'hui, 5 juin, au moment où ces lignes sont sous presse, l'opérée, en bon état, est en voie de guérison certaine.

(2) Strohëker (H.). — Les fibromes du ligament large. *Thèse* de Paris, 1902.

Ainsi que je me le proposais, les injections de solution de gélatine ont été pratiquées comme il suit sur mon malade. M. Lancereaux voulut bien me donner son avis au sujet de ce traitement.

7 avril.	135 grammes de solution			à 2 p. 100.	
13 —	200	—	—	à	—
20 —	200	—	—	à 4	—
25 —	200	—	—	à 3	—
1er mai.	200	—	—	à 3	—
6 —	140	—	—	à 4	—

Les injections provoquent suivant la règle une élévation de température variant de 38°5 à 39°5 sans réaction notable du côté des fesses injectées. Mais la dernière est suivie dans l'après-midi d'une crise violente de toux réflexe qui ne se calme que sous l'influence d'une injection de morphine suivie d'inhalation d'oxygène.

La tumeur ayant continué sa marche progressive et présentant une saillie molle de couleur bleuâtre à gauche de son centre de saillie, je crois devoir interrompre les injections gélatinées.

L'iodure a été repris le 6 mai à 3 grammes par jour; des compresses d'eau blanche sont placées sur la tumeur avec légère compression.

Le 12 mai, commencement d'escarre sur la saillie de la poche. Le 13 mai, suintement sanguin, tampon au perchlorure. Les 15 et 19 mai, nouveaux suintements, l'anémie s'accuse.

21 mai, hémorragie (4 à 500 grammes), nouveau tampon de perchlorure sur l'escarre mise à nu, compression manuelle, temporaire; application d'une écharpe au bout d'un quart d'heure.

Le 26 mai, à 1 heure du matin, hémorragie de 1,500 grammes environ pendant le sommeil; à son réveil le malade s'agite, perd bientôt connaissance, tombe en syncope et meurt 10 minutes après l'arrivée du médecin de garde.

Au moment de son réveil, des caillots et du sang s'échappaient de l'anévrisme; la syncope arrêta l'écoulement.

Il est à noter que le pouls était resté bon jusqu'à la fin, aux environs de 90 pulsations avec quelques irrégularités ou faux pas dans les derniers jours; les urines étaient normales, les crises de toux réflexes étaient devenues de plus en plus pénibles et fréquentes, mais la voix et l'appétit restaient indemnes.

Examen de la pièce. — L'autopsie, pratiquée par M. le médecin aide-major Fourcade, donna les résultats suivants :

1° La tumeur anévrismale de consistance molle et notablement affaissée, portait à son sommet un orifice cutané circulaire de 5 centimètres de diamètre, mettant à découvert un bloc de caillots passifs; la paroi de la poche qui renferme ces caillots est constituée par les muscles pectoraux atrophiés et le tissu cellu-

laire aminci et devenu lamineux; son épaisseur est d'environ 3 millimètres, son volume de deux tiers de litre; elle s'étend de l'articulation sterno-claviculaire droite à la 5e côte et du bord droit du sternum à trois centimètres de l'instertice deltoïdo-pectoral du même côté. Elle contient encore 580 grammes de caillots et au milieu d'eux un fragment complètement détaché de la 2e côte, sans altération apparente, et de 5 centimètres de longueur. Elle présente enfin un diverticule qui s'enfonce vers la cavité thoracique, à travers le 4e espace intercostal; aucun caillot actif n'existe dans la cavité.

2° Cette poche extra-thoracique communique avec une poche profonde par un trou elliptique de la paroi thoracique de 10 centimètres en largeur et de 5 en hauteur. La 2e côte avec son cartilage et la 3e sont détruites dans leur partie correspondante à la tumeur externe; la 4e côte est dénudée, mais ne présente pas de solution de continuité; la 5e commence à se vasculariser, de même que toute la partie droite du sternum en rapport avec l'orifice.

3° La poche profonde a le volume du poing, ses parois assez résistantes sont formées par le tissu cellulaire du médiastin et la plèvre droite; elle communique avec l'origine de l'aorte très dilatée par un orifice circulaire de 5 centimètres de diamètre situé en avant et limité par un bourrelet aortique résistant; elle est tapissée par un caillot actif assez résistant.

La dilatation aortique s'étend jusqu'à la 4e vertèbre dorsale; le tronc brachio-céphalique est épaissi à son origine sans modification de son calibre : les artères carotide et sous-clavière gauches sont un peu aplaties à leur naissance.

4° Les corps vertébraux sont biseautés à droite et à gauche et présentent une crête médiane concave à gauche de la 4e à la 7e dorsale; cette crête soulevait sans doute la partie postérieure de l'anévrisme. Toute la crosse aortique est épaissie et dilatée et présente à sa surface interne des saillies papuleuses arrondies ou ovalaires; le reste de l'aorte thoracique offre des plaques jaunes allongées sans saillie appréciable, de forme irrégulière et de nature vraisemblablement athéromateuse.

5° Le poumon gauche pèse 270 grammes et le droit 470; ils sont donc notablement, le gauche surtout, en-dessous de leur poids normal. Le foie est pâle.

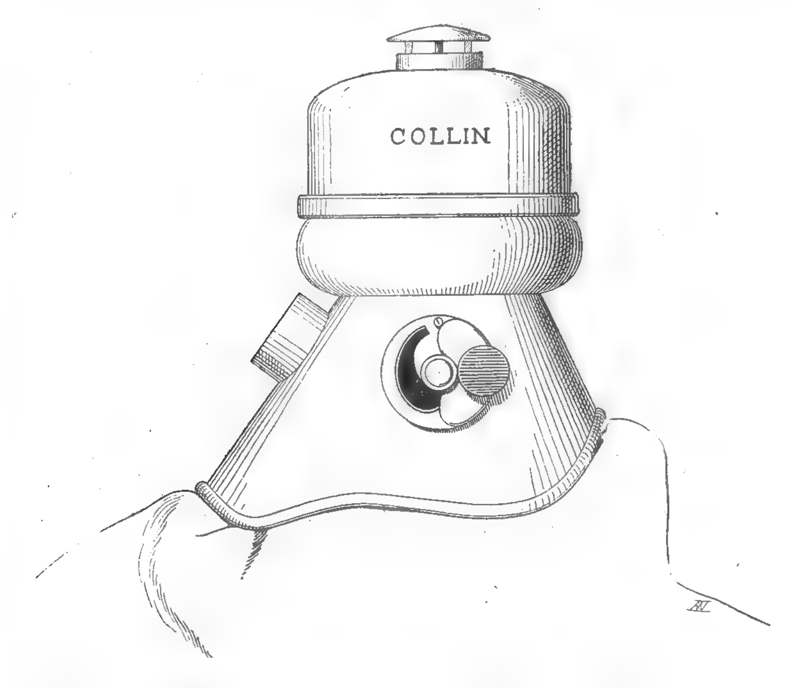
Il résulte de ces données que le traitement par la solution de gélatine a échoué, en raison de l'extrême largeur de l'orifice aortique et des dimensions considérables de l'anévrisme diffus; on conçoit de même que l'iodure de potassium ne pouvait plus avoir dans ce cas les effets si favorables que l'on est en droit d'en attendre dans les artérites au début.

On voit d'ailleurs sur la pièce que l'anévrisme naissait, non de l'aorte descendante mais de l'origine même de ce vaisseau, entre les valvules sigmoïdes et l'origine de la sous-clavière gauche dont le calibre se trouvait diminué par compression, ce qui explique la faiblesse du pouls radial, faiblesse qui disparut d'ailleurs dans les derniers jours de la maladie.

Présentation d'appareil.

Appareil pour la chloroformisation.

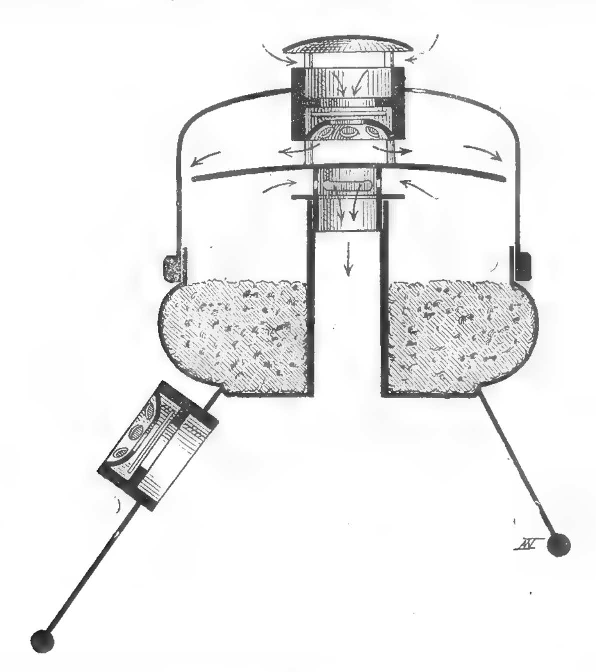
M. Tuffier. — Je vous présente un appareil extrêmement simple, très facilement maniable et métallique, n'ayant ni tuyau-



tage de caoutchouc, ni verrerie. Il permet de donner une dose progressive, continue et constante de chloroforme. Je l'ai fait construire par Collin et après des essais et des modifications successives j'ai adopté ce modèle qui depuis plusieurs mois me rend tous les services que je demandais aux autres dispositifs.

M. Lucas-Championnière ayant fait des réserves sur la question du dosage,

M. Tuffier répond : Je ne vous ai pas dit que mon appareil *titrait* le chloroforme; aucun ne le fait réellement et scientifique-



ment; nous sommes obligés de nous contenter d'un à peu près; alors, le plus simple est le meilleur.

M. Paul Reynier. — Je proteste énergiquement contre ce que vient de dire M. Tuffier. J'ai présenté ici un appareil, qui donne le dosage exact du mélange d'air et de chloroforme, quelles que soient l'amplitude et la fréquence de la respiration; ce dosage a été vérifié par une longue expérimentation, et je demande à M. Tuffier de refaire ces expériences, et de s'assurer de leur exactitude comme je l'ai affirmé, avant d'avancer qu'aucun appareil ne peut arriver à doser exactement le mélange de chloroforme et d'air.

M. Lucas-Championnière. — Je demandais s'il y avait un effort vers le dosage; mon collègue m'affirme que non.

M. Tuffier. — Je considère que le grand service rendu et la plus grande sécurité fournie par les appareils à chloroformer consistent dans la régularité progressive ou constante de l'administration du mélange. C'est la conclusion à laquelle je suis arrivé après en avoir essayé plusieurs, y compris celui dit de Reynier qui a été appliqué dans mon service par un de ses inventeurs,

M. Dupont. Lorsque nous avons trouvé la quantité exacte nécessaire au maintien de l'anesthésie, nous n'avons plus rien à changer à l'appareil, il donne *automatiquement* la dose voulue, et c'est là sa grande supériorité sur la compresse. Vous ne pouvez pas demander à un dispositif quelconque un chiffre mathématique de mélange anesthésique. Ce chiffre varie avec chaque malade, et, avant d'arriver à la dose suffisante, vous êtes bien obligés de tâtonner. Mon appareil, comme tous les autres, vous permet d'établir et de régler la quantité du mélange exactement nécessaire à l'anesthésie, et cela d'une façon aussi lente, aussi régulière, aussi progressive que vous pouvez le désirer, cette dose, une fois reconnue, restera constante pendant toute la durée de l'opération.

M. Paul Reynier. — Ce n'est pas seulement quand on a obtenu l'anesthésie, qu'il faut diminuer les doses de chloroforme. L'utilité des appareils qui donnent, d'après le principe établi par Paul Bert, des mélanges titrés d'air et de chloroforme, s'affirme dès le début de l'anesthésie, comme au milieu et à la fin. C'est au début qu'il est surtout utile de ne pas donner des doses excessives, et de ne commencer qu'avec des doses progressivement croissantes, et qui ne puissent dépasser la limite dangereuse. Ce matin, j'en ai eu encore la preuve indéniable, en en donnant et en maintenant pendant une heure sous le chloroforme une malade, à laquelle j'enlevai un énorme fibrome qui la tuait d'hémorragie, malade qui avait eu un mois auparavant une crise d'asystolie pour laquelle on avait eu recours à des doses énormes de digitaline et de strophantus. Or, c'est avec angoisse que je faisais cette opération, et forcé par les circonstances, et j'ai été, je vous l'affirme, heureux d'avoir, pour anesthésier cette malade, un appareil dosant exactement le mélange chloroformique, et qui m'a permis de voir mon opération se passer sans aucun accident de quelque sorte.

M. Tuffier. — Mon appareil permet, aussi bien que tout autre, cette progression de O à X, progression lente, continue et permettant d'éviter ou d'atténuer, comme cela a lieu avec tous les appareils, la période d'excitation et les accidents du début de la chloroformisation. D'ailleurs, je vous le présente parce que j'en suis très satisfait et que je le crois susceptible de vous rendre service. Voilà tout.

Le secrétaire annuel,
Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassotte.



SÉANCE DU 7 JUIN 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. DELORME, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

Note sur cinquante anesthésies faites avec l'appareil de Ricard.

M. LÉON IMBERT (de Marseille), membre correspondant. — J'ai l'honneur de communiquer à la Société le résumé succinct des 50 premières anesthésies faites dans mon service de l'Hôtel-Dieu, avec l'appareil de Ricard :

1° Quantité de chloroforme employée : mes 50 malades ont absorbé 750 grammes de chloroforme, ce qui, pour la durée totalisée de 29 heures de narcose, représente une consommation d'environ 25 grammes à l'heure ; déduction faite de la quantité de chloroforme nécessaire à provoquer le sommeil, on peut évaluer la ration d'entretien à 20 grammes environ ;

2° La durée de la période préanesthésique ne m'a pas paru plus longue qu'avec la compresse : elle varie de 2 à 10 minutes, mais elle dépend autant du chloroformisateur que du malade ;

3° La durée du réveil est habituellement de 3 à 5 minutes ; elle est donc plutôt courte ;

4° Les vomissements pendant l'opération sont plutôt rares (7 fois sur 50 malades) ; il en est de même des vomissements post-opératoires ;

5° L'anesthésie est certainement plus calme et plus régulière ;

6° Je n'ai eu aucun accident grave ni même inquiétant. J'ajouterai que 4 de ces malades, endormis auparavant avec la compresse, ont déclaré préférer l'appareil.

La conclusion la plus nette à tirer de ces faits, est que l'appareil de Ricard diminue la consommation de chloroforme, et aussi la fréquence des petits accidents.

L'économie de chloroforme résulte, je crois, plutôt de l'absence de gaspillage que d'une absorption réellement moindre ; le chloroforme économisé est celui qui ne se perd pas dans l'atmosphère par évaporation.

Les *petits accidents* (vomissements, efforts, etc.) me paraissent certainement plus rares et moins marqués qu'avec la compresse.

Pour les *accidents graves*, une série aussi courte ne saurait évidemment me permettre d'en apprécier la fréquence. Il est cependant permis de formuler à leur endroit quelques vues théoriques. Les accidents graves de la chloroformisation peuvent se ranger en trois groupes :

1° Syncope du début, cardiaque ou respiratoire, très grave ; elle est réflexe et due au contact des vapeurs anesthésiques avec les muqueuses du nez et du larynx. Il est bien évident que nul appareil, si perfectionné soit-il, ne nous permettra de l'éviter sûrement ; le cas de Hoffa, rapporté par Kirmisson, le prouve bien ;

2° Syncope secondaire, cardiaque ou respiratoire ; elle survient au milieu de l'anesthésie et se rattache à une irrégularité dans l'administration du chloroforme, à une inhalation trop brusque (Dastre). Contre cet accident, les nouveaux appareils doivent nous donner une sécurité, sinon absolue, au moins très grande, puisque le chloroformisateur peut maintenant graduer régulièrement l'anesthésique ;

3° Syncope tardive, ordinairement respiratoire, apnée toxique, par absorption trop considérable. Ce sera toujours la syncope des opérations longues — au moins relativement, — chez des malades affaiblis. Les appareils en diminueront peut-être la fréquence en permettant de ménager mieux le chloroforme ; mais on ne saurait se flatter de la voir disparaître ; c'est au reste l'accident le plus

facile à prévoir. Il n'est pas mauvais d'ailleurs de rappeler que, d'après les recherches de P. Bert, le mélange à 4 p. 100 qui ne provoque ni n'entretient l'anesthésie, tue l'animal en 9 ou 10 heures, et que le mélange à 6 p. 100 qui suffit à l'entretenir, provoque la mort en 6 ou 7 heures ; il est rationnel de supposer qu'un homme affaibli par la maladie peut devenir plus sensible qu'un chien bien portant, et qu'il peut, par conséquent, être tué par un mélange à peine anesthésique, si l'intervention est un peu prolongée. Il en résulte, à mon avis, que l'on ne peut pas parler de dose maniable si l'on entend par ce terme un mélange titré inoffensif : le chloroforme est un poison qui détermine toujours la mort, si l'on abuse des doses, ou simplement si on en prolonge la durée d'application ; or, ce dernier facteur échappera toujours à l'appréciation mathématique.

Je n'ajouterai qu'un mot sur la manœuvre des appareils : on leur a reproché d'habituer l'anesthésiste à moins de surveillance ; le reproche inverse serait plus juste : avec la compresse, un aide inattentif laisse ordinairement le malade se réveiller ; avec les appareils, il l'endort de plus en plus et le conduit aux accidents graves ; la surveillance doit donc être très attentive. On a dit aussi que l'emploi des nouveaux appareils aboutira à ce résultat que les élèves ne sauront plus endormir avec la compresse. Il faut reconnaître, cependant, que le difficile dans l'anesthésie n'est pas de verser le chloroforme goutte à goutte, ou de manœuvrer un disque : l'important est la surveillance du malade ; or les accidents seront, sinon du même nombre au moins de même nature, quel que soit le procédé employé ; les élèves les connaîtront par expérience dans les deux cas.

M. Rochard dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Camus, intitulé : *Deux cas de suture du cœur.*

— Renvoyé à une Commission dont M. Rochard est nommé apporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de l'hystérectomie pour fibromes infectés.

M. Monod. — Je reviens en deux mots sur un des cas d'hystérectomie pour fibromes dont je vous ai entretenus dans notre dernière séance — celui où il s'agissait de fibromes infectés — d'abord pour vous dire que ma malade opérée de la veille et dont le sort était encore incertain, peut être aujourd'hui considérée comme guérie.

Je vous ai dit que j'espérais ce bon résultat parce que nous avions eu soin, en raison de l'infection supposée, non seulement de pratiquer l'hystérectomie totale, mais encore de faire un large drainage abdominal et vaginal.

Un fait malheureux observé cette semaine donne raison à cette manière de voir en démontrant d'une part la gravité des hystérectomies pour fibromes infectés et de l'autre l'utilité dans ces cas du drainage vaginal associé au drainage abdominal.

Dans le cas auquel je fais allusion, rien ne pouvait nous faire supposer l'infection de fibrome — la malade était apyrétique et souffrait peu. La tumeur occupait tout l'utérus et l'avait développé uniformément, pénétrant jusque dans le col qui était effacé; ce fut pour cette raison que je fus conduit à faire l'hystérectomie totale; il eut été impossible de passer entre le col et le fibrome. L'opération fut d'une simplicité extrême, aussi je ne songeai pas à faire de drainage vaginal; je fermai le vagin, reconstituai le péritoine par-dessus à l'ordinaire en laissant un drain à la partie inférieure de la paroi abdominale réunie.

Ce ne fut que, l'opération terminée, après l'examen de la pièce que nous nous aperçûmes, à notre grand étonnement, que la cavité utérine était remplie par une masse en dégénérescence puriforme.

La malade, opérée le 1er juin, ne nous a pas donné grande inquiétude pendant les trois premiers jours. Depuis, des symptômes d'infection ont apparu et vont s'accentuant ; je crains qu'ils n'entraînent la mort.

Je ne puis attribuer cette infection qu'à l'expression et à la chute dans le péritoine, au cours de l'opération, dans les manœuvres d'extraction, d'une partie du contenu de la cavité utérine. Un drainage plus complet aurait peut-être pu mettre l'opérée à l'abri des accidents qui sont survenus.

Sur les lipomes périostiques congénitaux.

M. Walther. — M. Schwartz a cité dans sa communication une observation de lipome périostique sous-trochantérien que j'avais publiée en 1895 dans le *Mercredi médical.* Il s'agissait dans ce cas d'un jeune garçon de treize ans que j'avais opéré en 1892, dans le service de mon maître, le professeur Tillaux. La tumeur très volumineuse occupait toute la hauteur de la cuisse et siégeait très nettement dans la loge antérieure au-dessous du triceps dont la contraction bridait et immobilisait la masse du lipome.

L'adhérence à la partie supérieure du fémur se traduisait cliniquement par l'impossibilité d'abaisser la tumeur, tandis qu'on pouvait la mobiliser un peu en la refoulant de bas en haut.

Le très lent développement de cette tumeur, chez un enfant de treize ans, sans aucun trouble fonctionnel, sans aucune douleur, l'adhérence au squelette me firent porter le diagnostic de « tumeur congénitale à point de départ probablement périostique et vraisemblablement de nature lipomateuse ».

Ce qui me permit de faire ce diagnostic, c'est que je venais par hasard de lire une observation presque de tout point identique présentée par M. d'Arcy Power à la Société de pathologie de Londres, en 1888 (1).

Je fis l'ablation de la tumeur. Elle était bien sous-musculaire, très volumineuse, bilobée, implantée par un gros pédicule fibreux immédiatement au-dessous du petit trochanter. La désinsertion de ce pédicule, pratiquée avec la rugine, laissait à nu une surface osseuse, rugueuse, mamelonnée, dépouillée de périoste.

Il s'agissait bien d'un fibro-lipome avec de fortes lames fibreuses partant du pédicule et segmentant la masse graisseuse.

Outre l'observation de d'Arcy Power, je trouvai un cas analogue d'Angelo Nannotti (2), enfin une autre observation de lipome développé au niveau du petit trochanter, opéré par Bouilly et présenté par M. Boursier à la Société anatomique (3).

Le caractère le plus remarquable de ces tumeurs était la localisation très précise de leur point d'attache. Dans les quatre observations, en effet, le lipome s'insérait par un pédicule fibreux au-dessous du petit trochanter : au niveau de la base du petit tro-

(1) *The Lancet*, 1888, p. 371. *Transact. of the path. Soc. of London*, 22 février 1888.

(2) Angelo Nangotti. Sopra un rhabdomio lipoma della coscia. *Morgàgni*, oct. 1891, p. 647.

(3) Boursier. *Bulletin de la Société anatomique*, 1879, séance du 25 juin, 4e série, t. IV, p. 535.

chanter, dit une observation; au niveau de la ligne rugueuse qui aboutit à la base du petit trochanter, dans une autre; en somme dans cette zone qui correspond à la ligne épiphysaire du petit trochanter.

Dans ces quatre cas, ces lipomes périostiques congénitaux sous-trochantériens présentaient des caractères anatomiques et symptomatiques presque identiques.

Je répondrai à la question que m'a posée mon ami M. Schwartz, que je n'ai pas observé depuis lors de cas analogue.

Sur l'hystérectomie subtotale dans les fibromes.

M. J.-L. FAURE. — Dans la dernière séance, M. Richelot nous a apporté quelques nouvelles observations de dégénérescence épithéliale du col utérin survenue plus ou moins longtemps après une hystérectomie subtotale. Il a même cité une observation où un néoplasme s'est développé au fond du vagin après une hystérectomie totale, ce qui tendrait à prouver que celle-ci ne met pas sûrement à l'abri de l'accident qu'il redoute.

De ces quelques cas, il conclut à nouveau qu'il est sage, lorsqu'on se trouve en présence d'un fibrome, de pratiquer l'hystérectomie totale. Je viens encore m'élever contre cette manière de voir, et sans vouloir rentrer dans une discussion technique déjà épuisée et de laquelle il résulte que le plus grand nombre d'entre nous préfèrent de beaucoup l'hystérectomie subtotale, je tiens à dire une fois pour toutes quelles sont les raisons de cette préférence.

J'admets avec M. Richelot qu'un cancer peut se développer sur un col respecté au cours d'une hystérectomie subtotale. C'est un fait indéniable. Mais c'est un fait exceptionnel, proportionnellement au grand nombre des fibromes opérés, et je crois approcher de la vérité en admettant que cet accident ne se présente pas plus d'une fois sur cent. Par conséquent 1 p. 100 de nos opérées succombent secondairement à un cancer du col, parce que nous leur avons laissé le col.

Mais de l'impression de tous ceux qui ont pratiqué des totales et qui se sont actuellement convertis à la subtotale, il résulte à n'en pas douter que les suites de la subtotale sont plus simples, que la morbidité est moins fréquente et que, somme toute, la mortalité est moindre. Il est impossible de donner sur ce point des chiffres précis. Mais, si j'en appelle à l'expérience de tous ceux qui sont ici, je crois pouvoir affirmer que la différence dans la mortalité entre les femmes opérées de totale et de subtotale s'élève à plus de 1 p. 100 en faveur de celle-ci.

S'il en est ainsi, et c'est un fait certain à mes yeux, il en résulte que, si l'on sauve quelques malades par la totale en leur évitant un cancer ultérieur, on en perd un plus grand nombre par suite de la plus grande gravité immédiate de l'opération.

Et c'est ce raisonnement bien simple qui fait que je me refuse à comprendre quel avantage qu'il peut y avoir à employer de parti pris une opération moins facile et à compliquer dans tous les cas une technique d'une simplicité idéale, pour arriver, en fin de compte, à perdre quelques malades de plus.

A propos des corps étrangers de l'œsophage.

M. Félizet. — Les pièces de monnaie constituent une espèce tout à fait à part des corps étrangers de l'œsophage.

Ces corps étrangers sont susceptibles, à la longue, de donner lieu à des complications, mais si l'on est appelé à en opérer l'extraction peu de temps après l'accident, l'opération est aisée et le crochet imaginé par M. Kirmisson permet de l'opérer dans des conditions de facilité et d'innocuité absolument extraordinaire.

Le fait que je veux vous signaler est à l'honneur de l'invention de mon collègue et ami M. Kirmisson ; il est aussi à l'honneur du petit malade, ainsi que vous l'allez voir.

Samedi dernier, un enfant de 20 mois, avala simultanément deux pièces de 5 centimes.

Dans la soirée, il ne put pas boire. Dans la nuit, il eut quelques crises de respiration difficile.

Le dimanche matin, quatorze heures après l'accident, on me l'apporta.

J'introduisis le crochet de Kirmisson. La pénétration fut aisée, et je fis part à mes assistants des détails de la recherche.

— Je sens les pièces de monnaie...

— Je les dépasse...

— Je les accroche et je les tiens...

Je n'eus pas le temps d'opérer le dernier temps.

L'enfant mal tenu, dégagea sa petite main, saisit la tige de baleine et fit lui-même sortir le crochet chargé des pièces de bronze.

Cette petite observation a pour but de vous montrer la supériorité du crochet de Kirmisson comme instrument explorateur, sur le panier de Graeff dont les articulations empêchent de percevoir avec perfection la présence du corps étranger.

Vous voyez aussi combien l'extraction d'une monnaie est facile

et indolore, puisque ce n'est pas moi, mais l'enfant lui-même, qui l'a opérée.

M. Kirmisson. — Je ne puis que remercier mon collègue et ami M. Félizet d'avoir bien voulu apporter ces faits intéressants, à l'appui de ceux que je vous ai moi-même présentés.

Communications.

Instruments à inhalation chloroformique,

par M. PIERRE DELBET.

Je voudrais vous montrer, Messieurs, les instruments à inhalation chloroformique dont je vous ai déjà parlé. Ils permettent, et c'est là leur but, de pratiquer sur la face, le nez, les fosses nasales, la bouche, les mâchoires, la langue, la voûte et le voile du palais, toutes les opérations possibles sous une narcose régulière et continue.

Ils conduisent les vapeurs anesthésiques directement dans le larynx, mais aucune partie de l'instrument n'est intra-laryngée. Il n'y a rien qui ressemble à un tubage.

Ces instruments se composent théoriquement de deux parties : 1° une pièce capitale qui est la même dans tous; c'est celle qui coiffe le larynx; 2° un système de tuyaux qui amènent le mélange anesthésique gazeux dans cette pièce fondamentale.

Celle-ci est disposée de telle sorte qu'elle prend point d'appui sur le sillon qui joint l'épiglotte à la base de la langue. L'épiglotte elle-même se loge dans sa cavité. De chaque côté, les bords de la pièce se logent dans les gouttières latérales du pharynx et son bord inférieur descend jusqu'au cartilage cricoïde. Ainsi l'orifice supérieur du larynx se trouve encapuchonné.

L'autre partie, la tuyauterie, peut être variée à l'infini. Il faut cependant qu'elle satisfasse à deux conditions : maintenir en place la pièce principale et permettre son introduction.

Voici le premier dispositif que j'ai adopté et qui rend des services.

J'ai fait un manche creux se moulant sur la courbure de la langue. J'ai obtenu ainsi un appareil qui a la forme d'un manche de canne. Mais il était absolument impossible d'introduire un appareil rigide de cette forme. Pour rendre son intro-

duction possible, j'ai dû le décomposer en trois segments articulés les uns sur les autres, comme vous le voyez.

Je croyais au début qu'il serait nécessaire d'y adjoindre des ressorts destinés à ramener et à maintenir l'appareil dans sa forme primitive, ce qui aurait été une grosse complication. Heureusement il n'en est rien. La tonicité du pharynx suffit à appliquer la pièce principale sur l'orifice du larynx.

Ce premier instrument a donc, comme vous pouvez le voir, à peu près la forme d'un abaisse-langue creux qui se termine par un couvercle sus-laryngien. Il permet de faire toutes les opérations sur la face, le nez et les fosses nasales, la bouche et les mâchoires ; mais il n'est pas commode pour les uranoplasties, les staphylorraphies et il ne permet pas de faire une amputation de la langue.

Pour rendre faciles ces dernières opérations, j'ai fait construire un autre modèle que voici.

La pièce qui encapuchonne le larynx est la même. Pour y amener les vapeurs narcotiques, j'ai fait faire deux tuyaux latéraux disposés de telle sorte qu'ils contournent les piliers antérieurs du voile du palais et le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur pour venir se loger entre les arcades dentaires et les joues. Ils sortent chaque côté par les commissures labiales qu'ils maintiennent écartées et se recourbent à leur niveau de manière à les accrocher. Grâce à ce dispositif, on peut facilement opérer sur le palais ou faire une amputation de langue.

La mise en place de ces deux appareils se fait de la même façon.

Il faut que le malade soit endormi pour supprimer le réflexe pharyngien. On ouvre la bouche, on présente l'appareil redressé et on le pousse directement d'avant en arrière. Il va butter contre la paroi postérieure du pharynx, contre la colonne vertébrale. Avec un doigt introduit sur la face convexe, entre l'instrument et le palais, on rabat la pièce supra-laryngée, de façon à la ramener dans l'axe du pharynx, et si on continue à pousser, elle se met d'elle-même en place. La tonicité des muscles pharyngiens l'applique contre la base de la langue et le larynx, de telle sorte qu'elle vient tout naturellement coiffer l'épiglotte. J'insiste sur ce point, la pièce importante, le capuchon supralaryngé, se place de lui-même, et si on n'y met aucune violence, il ne peut pas se mal placer.

Dès qu'il est en place, on relie la tubulure à l'appareil à chloroforme.

Avec ces instruments, les malades respirent d'une manière très calme et très régulière. Un de mes externes, qui donne le chloroforme dans mon service, s'en sert toujours, quelle que soit l'opération que l'on pratique, alors même que cela est parfaitement

inutile, parce qu'il trouve que les malades respirent mieux avec ces instruments qu'avec les masques. En effet, les malades respirent, comme je vous l'ai dit, très régulièrement et on n'a pas à se préoccuper de propulser la mâchoire inférieure en avant.

Au début, je me demandais si l'adduction des vapeurs chloroformiques directement sur le larynx ne serait pas irritante. Je n'ai observé aucune laryngite, aucune trachéite, aucune bronchite. L'expérience semble donc montrer qu'il n'y a rien à craindre de ce côté.

Vous avez pu voir que la pièce supra-laryngée est pourvue à la face convexe d'un trou. Ce trou est destiné à l'expiration. Lorsqu'on se sert de l'appareil de Ricard, il faut boucher ce trou, sans quoi le courant inspiratoire est à peine suffisant pour soulever les soupapes. L'appareil de Roth fonctionne parfaitement avec le trou ouvert; mais un jour qu'on avait employé l'appareil de Roth après celui de Ricard sans enlever le bouchon, tout a également bien marché. Je tiens à le dire parce qu'on pourrait craindre que du sang ne pénètre par ce trou dans le larynx. En réalité ce trou devrait être pourvu d'une bonne soupape. J'en avais fait faire une sur les premiers modèles, mais elle n'était pas bonne. Comme j'attends depuis six mois pour vous présenter cet instrument et qu'une expérience déjà étendue m'a montré qu'il fonctionne bien sans soupape, je me suis décidé à vous le montrer. J'aimerais cependant mieux qu'il fût pourvu d'une bonne soupape.

M. Tuffier. — C'est le second appareil que vient de vous présenter M. Delbet qui me paraît le plus intéressant.

Il y a bien des années, alors que j'étais à la maison Dubois, je poursuivis la même idée, d'*anesthésier les malades au moyen d'un tube pénétrant directement dans le larynx* pour empêcher la pénétration des liquides pendant les opérations sur la cavité buccale, et j'attachais d'autant plus de prix à ces instruments que les pneumonies auxquelles succombent ces malades sont souvent des pneumonies par ingestion des liquides buccaux pendant l'opération.

L'instrument que j'employais et que je vous ai, je crois, présenté ici — en tout cas il est encore chez M. Collin — se composait d'une canule à tubage surmontée d'un tube malléable, aplati de haut en bas. Le larynx ainsi tubé, on anesthésiait le malade par l'extrémité du tube qui venait plus ou moins loin en dehors de la bouche. J'ai renoncé à cette pratique pour deux raisons : la première, la moins importante, c'est que le tubage du larynx est toujours assez délicat; la seconde c'est que dans les opérations intrabuccales, portant sur la langue, le voile du palais, la voûte du palais, le maxillaire supérieur, l'instrument devient plus

gênant qu'utile. Il forme un plan rigide le long de la langue, et rétrécit d'autant le champ opératoire. Le second, appareil de M. Delbet, pourrait remédier à cet inconvénient puisqu'il laisse libre la partie médiane de la bouche.

Conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites,

par M. TUFFIER.

Peut-on, dans un certain nombre d'opérations nécessitées par d'anciennes suppurations pelviennes pour annexites, *remplacer la castration utéro-annexielle par la simple ablation des trompes suppurées ou infectés en conservant l'utérus et les ovaires*? Telle est la question que je veux aborder devant vous, en me basant sur une série de *trente-deux* de ces opérations dites conservatrices que j'ai pratiquées depuis cinq années.

L'étude de cette question me semble arrivée à son heure, car elle nécessitait la solution préalable d'un certain nombre de points de thérapeutique des annexites; il fallait d'abord que nous ayons substitué — comme nous l'avons fait — aux opérations à chaud, les *interventions à froid* aussi éloignées que possible du début des accidents, et pratiquées alors que la nature avait donné aux organes le maximum de réintégration anatomique. Il fallait de plus que la *chirurgie abdominale ait progressé,* au point de laisser après une opération une région réellement aseptique, c'est-à-dire sans adhérences. Le nombre des laparotomies itératives que nous avons dû faire, nous a bien démontré qu'on pouvait espérer et obtenir *le restitutio ad integrum* d'un petit bassin, même largement infecté.

Fort de ces seuls indices, j'ai pratiqué, en juillet 1900, ma première opération. Il s'agissait d'une jeune femme venue du Canada, atteinte d'une annexite double et qui désirait, avant tout, qu'on conservât chez elle, autant que faire se pouvait, la fonction menstruelle, c'est-à-dire les deux ovaires et l'utérus. Je l'opérai avec son médecin, le Dr Maquis de San-Francisco; je trouvai deux pyosalpinx bien fermés avec des adhérences peu étendues; je les enlevai sans les ouvrir, les orifices utérins furent cautérisés au fer rouge et les deux ovaires, dont cependant le droit était un peu sclérosé, furent conservés. La malade guérit, conserva sa menstruation, se débarrassa des accidents douloureux dont elle se plaignait, et deux ans après elle était en parfait état. Ce n'est

qu'après cette guérison bien constatée, que je continuai mes tentatives dans ce sens, et je dois d'abord examiner avec vous *si elles sont légitimes.*

Conserver l'ovaire et l'utérus dans une opération de salpingite, c'est garder deux organes qui sont certainement malades, et c'est obliger dans l'avenir la ponte ovarienne à se faire dans le péritoine. Cela est-il sans inconvénient? — Il est entendu que je parle, dans cette conservation, non pas des ovaires suppurés, mais des ovaires *scléro-kystiques.* Cette dégénérescence des ovaires sur laquelle on a tant écrit et qu'on a accusée de tant de méfaits, n'en est certainement pas toujours innocente, mais je crois que ce processus a caché autrefois plus d'erreurs de diagnostic et justifié plus d'opérations inutiles qu'il n'a réellement compromis d'existences. J'ai vu, comme vous tous, tant de ces ovaires qui ne déterminaient *aucune espèce d'accident*, que je les crois plus encore sous la dépendance des troubles de la vascularisation ovarienne que sous celle de l'infection. Aussi, d'accord certainement avec la majorité d'entre vous, je ne les condamne plus à l'ablation à moins de conditions exceptionnelles. L'utérus infecté autrefois, mais bien souvent partiellement guéri au moment de nos opérations, est conservé. Or, nous vivons sous cette opinion — justifiée d'ailleurs — qu'il peut être le point de départ de nouveaux accidents. C'est pour cela qu'on a joint à la castration annexielle l'ablation de l'utérus. Si cependant vous voulez bien examiner les faits, vous constaterez que ces utérus douloureux après la castration annexielle l'étaient souvent grâce à la persistance d'un moignon de la trompe laissé aux angles utérins. Je vous montrerai dans mon manuel opératoire que rien n'est plus simple que de supprimer cet inconvénient. *Une seconde objection*, non moins valable, c'est que la *muqueuse utérine restant infectée*, peut donner lieu à tous les inconvénients des métrites et surtout à des hémorragies. Il est vraiment trop simple de remédier à ces accidents par un curettage et par un traitement local, pour que je m'y arrête. La démonstration de *la cause des récidives* d'infections annexielles par l'intermédiaire seul de la trompe est amplement faite par nos opérations *de castration unilatérale* pour salpingite. Cette opération que j'ai bien souvent pratiquée, je dirais volontiers que je me suis entêté à pratiquer chez des femmes jeunes chez lesquelles la double castration me répugnait, — m'a donné bien des déboires et je ne compte plus le nombre des femmes que j'ai dû opérer de nouveau pour une salpingite du côté opposé. En revanche, l'*intégrité du péritoine du côté opéré autrefois* et constatée pendant la seconde opération, montre bien que l'utérus

n'avait nullement réagi de ce côté, et c'était en somme par la seule trompe restée perméable que l'infection s'était de nouveau propagée. J'insiste sur ce fait, parce que j'ai opéré plusieurs fois ainsi des trompes très malades, avec des suppurations et des adhérences, et malgré cela je trouvais que le petit bassin avait recouvré sa péritonisation parfaite ; j'insiste également, parce que c'est là une opération conservatrice qui, malheureusement, n'en mérite souvent que le nom.

La conservation des ovaires, sans perméabilité de la trompe, a comme conséquence que la *ponte ovulaire* se fait dans le péritoine. Est-ce là un inconvénient ? Les faits anatomo-pathologiques peuvent nous répondre. J'ai vu des femmes atteintes d'inperforation utérine et présentant des ovaires normaux comme corps, comme volume, comme corps jaunes, c'est-à-dire des ovaires fonctionnellement parfaits, sans trace de lésion péri-tubaire. L'ablation des fibromes, dans laquelle j'ai toujours été également très conservateur, a toujours été faite avec conservation de l'un ou des deux ovaires. Mes opérées n'ont jamais eu à s'en plaindre. L'ovule, tombé dans le péritoine, laisse un petit kyste aseptique ou se résorbe. Je crois donc que, de ce côté encore, nous n'avons rien à craindre. Reste enfin une dernière question : L'ovaire ainsi laissé en place, va-t-il toujours continuer à vivre et à fonctionner, ou bien l'opération que je propose doit-elle, comme la castration unilatérale, n'être conservatrice que de nom.

La menstruation *régulière* de mes opérées lève tous les doutes à cet égard, mais j'ai pris soin de vous en donner une preuve anatomique, et vous pourrez voir dans un instant, à propos du manuel opératoire, que la vascularisation de l'ovaire reste en parfait état après l'ablation totale de la trompe.

Voici le *manuel opératoire* que j'ai suivi et que je m'excuse presque de vous décrire, tellement il est simple ; j'attaque, autant que faire se peut, la trompe de l'utérus vers la corne utérine, et pour prendre l'exemple d'une grosse trompe fermée et contenant du séro-pus, voici comment je procède : je place une simple pince sur l'origine utérine de la trompe, et une seconde pince à un centimètre en dehors ; j'incise entre les deux, puis j'isole l'angle utérin muni de sa pince avec une compresse. J'incise ensuite successivement au-dessous du corps de la trompe, le ligament large. Je décolle successivement tout le corps de la trompe, jusqu'à son pavillon en la rasant pour ainsi dire et en isolant soigneusement l'ovaire de ses adhérences salpingées et péritonéales ; j'insiste de suite, et j'y reviendrai, sur la nécessité d'une hémostase *parfaite*. Ce bord du ligament large saigne et saigne beaucoup, voici pourquoi.

Un simple coup d'œil jeté sur cette planche (1) que je dois aux habiles injections de mon collègue et ami Rieffel, vous montre que les vaisseaux qui se rendent à la trompe sont indépendants de ceux de l'ovaire et en plus ils sont indépendants les uns des autres, si bien qu'ils forment une sorte de peigne dont les dents pénètrent dans la trompe. Il ne faut donc pas vous imaginer que vous pourrez faire une hémostase en bloc ou un surjet hémostatique, et je vous mets en garde contre les hémorragies de l'angle utérin et du ligament tubo-ovarien. Hémostase primitive, hémostase définitive, doivent être PARFAITES. Je suppose maintenant que vous avez traité la seconde trompe comme la première, il vous reste alors les deux angles utérins et le trajet intra-utérin des trompes. Je les détruis au fer rouge en enfonçant la pointe d'un thermocautère dans le moignon de trompe et son trajet, puis je ferme soigneusement ces deux orifices utérins au catgut profond d'abord, et par deux points de fil de lin passés à la Lambert. Nous avons ainsi *bien isolé la muqueuse utérine* et nous sommes certains de ne pas infecter de région voisine.

Ces deux premiers temps exécutés, vous avez au centre l'utérus, le bord supérieur du ligament large péritonisé et hémostasié et, de chaque côté, les deux ovaires. Vous verrez alors que les deux glandes ovariennes ont une tendance à tomber derrière l'utérus, dans le Douglas. Le plus souvent je fixe leur bord externe, c'est-à-dire fragment du ligament tubo-ovarique, au ligament rond. J'ai ainsi un utérus médian avec deux ovaires latéraux ressemblant à deux grosses amygdales. Je ferme l'abdomen en deux étages au catgut et je prends la peau dans des agrafes. Mais, je le répète en terminant, je m'assure toujours de l'hémostase *parfaite* et de l'intégrité *absolue* du petit bassin, avant de fermer la paroi abdominale.

Pour la description de cette technique, j'ai pris un cas simple; mais je parle devant des chirurgiens ce qui m'évite de vous raconter tous les détails opératoires, ponction de salpingite kystique ou trop volumineuse, début par l'extrémité de la trompe quand le clivage en est facile, péritonisation quand les adhérences sont trop nombreuses, résection épiploïque, etc., etc. Tout cela est trop courant, nous le faisons tous les jours et chacun de vous peut adopter une ligne de conduite particulière, suivant les indications de chaque cas particulier.

Voici ma statistique : J'ai opéré trente-deux cas. *L'âge* des femmes que j'ai opérées, est de vingt et un à quarante et un ans;

1. Cette planche paraîtra hors texte dans le prochain numéro des *Bulletins*.

les lésions salpingiennes constatées pendant l'opération étaient les suivantes : Salpingites toujours bilatérales — sauf 1 cas — les lésions variant d'un côté à l'autre :

suppurées	24
hématiques	4
kystiques	8
interstitielles.	18
tuberculeuses.	2

Les *ovaires* étaient en apparence : sains, 19 fois ; nettement sclérokystique, 9 fois.

L'*utérus* présentait l'apparence suivante : dévié en rétroflexion, 5 fois; en situation normale ou en légère anté-flexion (1), 23 fois. *Dans tous les cas*, il avait été *infecté* : c'est dire que son volume, sa coloration et sa consistance variaient avec la chronicité ou la profondeur de l'infection. Lorsque tout permet de croire à une métrite fongueuse, l'utérus doit être préalablement curetté et pour avoir manqué à cette précaution, j'ai dû ultérieurement pratiquer un curettage à une de mes malades.

J'envisagerai successivement *les résultats opératoires immédiats*, *les résultats consécutifs* et enfin *les résultats tardifs* chez les malades que j'ai pu suivre.

La *mortalité* opératoire a été de 2,9 p. 100 (1 mort pour 32 opérations). Ma malade, une des premières que j'ai opérées, a succombé à une septicémie tardive, due à un épanchement de sang dans le Douglas, épanchement de sang qui a suppuré et provoqué une péritonite.

Les accidents consécutifs se rangent en deux catégories : *l'état des malades après l'opération* et les *incidents de leur guérison.* Dans les jours qui suivent l'opération, les malades sont certainement dans un état moins parfait que celles qui ont subi la castration totale. Elles ont parfois quelques douleurs, quelques malaises que nous n'observons vraiment pas après l'hystérectomie. Les *deux accidents post-opératoires* que j'ai observés, ont eu tous deux la même origine et la même terminaison, et je ne saurais trop y insister. Mes opérées ont eu vers le quatrième ou le cinquième jour, une légère élévation de température, quelques douleurs, quelques nausées, quelques vomissements, et le toucher vaginal faisait constater l'*empâtement du cul-de-sac postérieur.*

(1) Tous ces documents seront repris dans la thèse d'un de mes internes, avec les détails anatomopathologiques et les examens micrographiques faits dans mon laboratoire par M. Mauté.

Dans les deux cas, j'ai pensé à un épanchement sanguin dans le Douglas, dans les deux cas j'ai incisé le cul-de-sac postérieur; le soulagement fut immédiat et la guérison complète. J'insiste sur ce fait, car il démontre que, même quand on est prévenu, l'hémostase peut ne pas être parfaite. Le drainage s'impose donc toutes les fois que l'on conserve le moindre doute sur la perfection de cette hémostase.

Un autre fait que je dois vous signaler, c'est que ces malades se remettent moins vite que celles qui ont subi l'opération radicale. Souvent elles accusent quelques douleurs abdominales, quelques tiraillements, un peu de fatigue pendant les premières semaines de leur convalescence, surtout à l'approche de leurs règles.

Les résultats *définitifs* de cette opération sont ceux qui nous importent le plus. Malheureusement, nos malades hospitaliers ne restent pas à notre disposition, et je n'ai pu toutes les retrouver. Sur mes trente-deux opérées, j'en ai revu quinze après trois mois et j'en laisse de côté cinq autres, dont la date relativement récente de l'intervention, ne permet pas encore d'en apprécier le résultat. Sur mes quinze malades, l'une souffrait, malgré ses règles régulières; il s'agissait d'une *salpingite tuberculeuse*, soupçonnée à l'examen de la pièce à l'œil nu et au microscope, par mon chef de laboratoire, M. Mauté. J'ai pratiqué chez elle l'hystérectomie abdominale totale, et j'ai pu voir au cours de l'opération que l'utérus était parfaitement en place; son ovaire gauche lui était relié par un ligament bien net qui se perdait de l'autre côté sur les parois de l'excavation, l'ovaire droit avait été enlevé, les orifices des trompes étaient fermés, péritonisés; mais le tout présentait des granulations tuberculeuses. J'ai dû réopérer avant-hier avec le Dr Dardel, une autre de mes malades, et qui, avant son intervention, étant atteinte de *métrite fongueuse*, dut être curettée; elle est d'ailleurs en parfait état. J'avais enlevé un hématosalpynx à droite et un pyosalpynx à gauche (1).

En dehors de ces deux femmes, toutes mes opérées avaient largement bénéficié de l'intervention; je les ai examinées au double point de vue des *troubles fonctionnels* qu'elles présentaient et des lésions que je pouvais constater par le toucher ou le palper. *La régularité des règles*, à partir du deuxième mois après l'opération, leur durée normale et leur indolence, sont des faits constants, et à cet égard je n'ai pas trouvé d'exception, quel que soit l'état

(1) Dans cette statistique ne figure pas une seconde femme opérée pour deux énormes hydropyosalpinx tuberculeux, que j'ai dû réopérer radicalement. Cette malade est encore dans mon service.

septique ou aseptique des trompes enlevées, et les adhérences que j'ai dû libérer.

Les douleurs spontanées n'empêchaient aucune de ces femmes de travailler — mais chez trois d'entre elles, il existait quelques douleurs quand elles se fatiguaient. Ces trois femmes étaient d'ailleurs satisfaites de leur état et ne sont revenues pour se faire examiner que sur ma demande écrite, car je prie toujours mes opérées quand elles quittent l'hôpital de venir me retrouver si elles ont le moindre accident. De ces trois femmes, l'une avait été opérée de deux volumineux pyosalpinx du volume du poing; l'autre avait deux salpingites anciennes adhérentes à l'intestin, à l'épiploon et au petit bassin; la troisième avait subi la colpotomie complémentaire; c'est une entéroptosique qui accuse également des troubles gastriques.

Le *toucher* vaginal combiné au palper permet d'apprécier l'état de l'utérus et des ovaires. L'utérus est généralement en *antéflexion légère*; dans tous les cas il était *mobile*, son volume avait diminué chez quelques-unes de mes malades et très nettement chez celle que j'ai hystérectomisée ultérieurement pour des lésions tuberculeuses. Au contraire, il avait gardé son volume chez cette femme qui présentait une métrite fongueuse que j'aurais dû curetter avant d'intervenir sur les trompes. Chez plusieurs de mes opérées, le toucher ne permit pas de localiser les ovaires et toute la région était indolente; mais en explorant bien les cornes utérines on arrivait le plus souvent à provoquer par la pression la sensation douloureuse de compression ovarienne.

Tels sont les résultats que m'ont donnés *ces essais* de conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites. Il me semble que des tentatives, de ce côté, doivent être poursuivies. Elles permettront de tracer les limites de cette intervention que le présent travail n'a ni le droit ni le désir de préciser. Il semble cependant *qu'une trompe bien fermée, à contenu refroidi depuis longtemps, sans adhérences très étendues, avec des ovaires sans atrophies, un utérus peu volumineux, le tout chez une femme jeune sans tare ptosique ou névropathique* peut constituer une indication d'opération conservatrice, alors qu'un abcès ou une atrophie de l'ovaire, un gros utérus ou un utérus scléreux enflammé depuis longtemps, justifient la castration utéro-annexielle subtotale.

Ce sont là des conclusions générales que l'expérience pourra toujours modifier et je ne voudrais pas que vous considériez la présente communication comme autre chose qu'un essai. Je considère la conservation des organes, tout en assurant la disparition des accidents dont ils étaient le siège, comme une

tendance caractéristique de la chirurgie moderne. J'ai déjà essayé par la myomectomie de chercher grâce pour quelques utérus, je renouvelle aujourd'hui ma tentative pour les glandes ovariennes dans certaines annexites.

M. SAVARIAUD. – Sur *un cas d'anastomose du rectum, avec l'anse sigmoïde.* — Rapporteur, M. DEMOULIN.

Présentation de malade.

Luxation récidivante de l'épaule.

M. LUCIEN PICQUÉ. — Messieurs, le 17 janvier 1905, à propos du rapport que je vous ai présenté sur les cas de Mauclaire et Lardennois, je vous ai relaté un cas personnel de luxation récidivante de l'épaule dans lequel j'avais obtenu un excellent résultat, grâce au procédé de Ricard.

Je n'avais pu vous présenter, à l'époque, ma malade, parce que j'avais dû l'opérer d'urgence d'une crise d'appendicite aiguë, dont elle est aujourd'hui bien guérie.

Depuis, la malade a eu un grand nombre de crises épileptiques au cours desquelles elle est tombée constamment sur l'épaule opérée ; à la suite d'une de ces chutes, la luxation s'est reproduite.

J'ai pratiqué, il y a deux mois, une nouvelle intervention. J'ai eu recours à la même incision des parties molles, sans désinsertion du deltoïde. J'ai déjà dit, dans mon observation, que le temps recommandé par Ricard ne me paraissait pas indispensable. L'exploration de la partie antérieure de la capsule m'a démontré que le pli que j'avais fait à l'aide de ma suture avait complètement disparu, et que la bosselure de la paroi antérieure s'était reproduite comme auparavant.

Tout en faisant la part des traumatismes nombreux qui se sont produits depuis l'opération, je crois qu'il faut invoquer surtout la résorption trop rapide du catgut employé. J'ai donc pratiqué avec l'aide de mon interne de Fourmestraux une nouvelle capsulorraphie dans les conditions suivantes :

Trois grosses soies plates sont passées de dedans en dehors et

de bas en haut dans le coraco-biceps, le sous-scapulaire, la capsule et la voûte acromio-coracoïdienne.

Ces trois soies sont serrées en bourse, et l'on constate alors que cette dilatation de la face antérieure et interne de l'articulation est tout à fait resserrée, et qu'il y a maintenant un *véritable capitonnage musculaire de la face antérieure de l'articulation*. Les plans superficiels sont suturés sans drainage. Les suites opératoires sont très simples. L'épaule de la malade est immobilisée dans un appareil plâtré pendant quarante-cinq jours, puis massée et mobilisée. Ce résultat fonctionnel semble parfait; la malade conserve tous ses mouvements : adduction, abduction, circumduction, et l'atrophie musculaire n'est que peu marquée. Vous pouvez le constater vous-même en examinant ma malade.

Ce procédé de capsulorraphie, qui emprunte au professeur Berger l'accrochement à la voûte acromio-coracoïdienne, dont il nous a parlé à la suite de mon rapport, et qui complète l'ancienne capsulorraphie de Ricard par un véritable capitonnage musculaire préarticulaire, nous a donné un excellent résultat et semble devoir être préconisé dans les cas analogues.

Luxation bilatérale ancienne de la mâchoire inférieure. Résection des deux condyles. Guérison.

M. Bazy. — Le malade que je vous présente est un homme de trente-neuf ans qui s'est luxé la mâchoire, le 16 mars dernier, en tombant sur le menton.

Il alla consulter un médecin qui l'a soigné pour les écorchures qu'il portait au menton et lui dit : que la déviation s'arrangerait seule.

Quand je l'ai vu, sa mâchoire avait la position classique de la luxation bilatérale de la mâchoire.

Le 5 mai, quand je l'ai vu pour la première fois, j'essayai la réduction avec la pince de Stomeyer : je ne réussis qu'à lui ébranler les dents de sagesse supérieures.

Dans ces conditions, je lui dis qu'il devait subir une opération.

Je lui ai donc réséqué les deux condyles de la mâchoire inférieure. Vous voyez que ces deux arcades dentaires se correspondent : j'avais pensé que la réduction n'était pas complète parce que l'incisive inférieure répondait tout à fait aux incisives

supérieures au lieu de voir les incisions inférieures se placer derrière les supérieures.

Or, le malade nous a affirmé que sa mâchoire inférieure avait toujours eu cette disposition : il est un peu prognathe.

M. Kirmisson. — Avez vous pu vous faire une opinion sur les causes de l'irréductibilité ?

Présentations de pièces.

Fracture d'un appendice xyphoïde perforé. Hernie épigastrique par l'orifice de l'appendice.

M. Walther. — J'ai l'honneur de vous présenter un appendice xyphoïde que j'ai enlevé ce matin et qui offrait une lésion compliquée d'accidents que je crois très rares.

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, employé au chemin de fer qui, en époussetant un wagon, glissa du marchepied, tomba à plat ventre sur le manche du plumeau qu'il tenait à la main.

L'accident s'était produit le 19 janvier dernier. Le blessé avait dû garder le lit pendant une dizaine de jours à cause d'une très vive douleur à la partie supérieur de l'épigastre. Depuis cinq mois, tout travail était impossible; la douleur s'était atténuée, disparaissait par le repos au lit mais revenait après quelques instants de marche ou au moindre effort, ou après les repas.

L'exploration montrait qu'il y avait eu immédiatement au-dessous de l'appendice une rupture de la ligne blanche, car on pouvait enfoncer le doigt sous l'appendice, explorer la face postérieure et cela même pendant la contraction des muscles droits. Et pourtant on ne pouvait sentir aucun orifice correspondant à cette rupture; seulement pendant les efforts, les secousses de toux, on percevait très vaguement une légère impulsion, un léger froissement très difficile à localiser.

J'opérai ce matin le malade dans mon service à la Pitié, et je constatai l'absence de tout orifice de la ligne blanche; cependant le tissu fibreux qui recouvrait la pointe de l'appendice était terne, d'aspect cicatriciel, tranchant nettement avec l'aspect de la portion sus-jacente de la ligne blanche.

L'appendice était, comme vous pouvez le voir, perforé d'un orifice allongé. Il était de plus fracturé; le trait de fracture oblique de haut en bas et de droite à gauche, traversait les deux branches limitant l'orifice central. Les muscles prenant point

d'attache à ce niveau avaient été complètement broyés, et il était facile de refouler à travers l'orifice de l'appendice le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il y avait donc une véritable hernie à travers l'appendice. C'est là le petit fait exceptionnel que j'ai désiré vous signaler.

J'ai réséqué l'appendice parce qu'il me paraissait impossible de combler de façon satisfaisante cet orifice osseux, tandis que j'ai pu obtenir une bonne cure radicale en rapprochant par glissement les muscles droits après avoir incisé verticalement l'aponévrose avec une assez large lame du muscle lui-même. Le rapprochement des deux muscles et l'aponévrose a été assuré par trois points de suture en U au crin de Florence.

Pièce de mal de Pott sous-occipital.

M. Villemin. — Voici la colonne cervicale d'une fillette de onze ans entrée, il y a un mois, à Bretonneau avec une paraplégie presque complète des quatre membres, incontinence d'urine et des matières, mais sans troubles respiratoires.

Sous l'influence de l'extension continue exercée sur la tête, la paraplégie s'était considérablement améliorée et ne restait plus guère appréciable qu'au membre supérieur droit.

Mais au cours d'un déplacement que dût subir l'enfant, on la vit cesser de respirer, se cyanoser et mourir en quelques instants.

Vous pouvez voir sur la pièce pathologique la disparition complète des ligaments cruciforme, occipito-odontoïdiens latéraux et suspenseur de la dent. L'apophyse odontoïde joue librement dans le canal cervical. Un bourrelet fongueux semi-annulaire tend même à la repousser en arrière et la place réservée à la moelle est tout à fait réduite.

La symétrie des lésions permet d'affirmer que nous avons ici un exemple de la première variété décrite par Malgaigne sous le nom de subluxation par inclinaison.

M. Félizet. — L'observation de M. Villemin est très intéressante et nous serons heureux de voir les comptes rendus, publier les détails anatomo-pathologiques de cette luxation.

Ces faits sont rares, en vérité. On en parle souvent, on les considère comme des cas de banalité : l'histoire a besoin d'être recommencée souvent.

Il est bon que, de temps en temps, un chirurgien précis et avisé nous apporte la description des lésions qu'il a observées et rafraîchisse, pour ainsi dire, nos connaissances anatomo-pathologiques.

Nous vivons sur une formule commode : « *La mort sans phrase!* » et sur une notion simpliste : l'écrasement de l'axe bulbo-spinal. M. Villemin met sous nos yeux la nécrose de l'apophyse odontoïde, la destruction des ligaments, il nous montre l'invasion du canal vertébral par les fongosités, la préparation et la représentation du drame de la mort subite.

Il serait à désirer qu'une gravure de cette pièce dans nos Bulletins reproduise les lésions typiques qui viennent de vous être soumises.

M. Kirmisson. — C'est un fait en vérité, connu, mais très rare : on ne voit presque jamais d'enfant succomber dans ces conditions : aussi je trouve fort juste l'observation de M. Félizet.

Le secrétaire annuel,

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 14 JUIN 1905

Présidence de M. Schwartz.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° — Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique annonçant l'ordonnancement de la subvention annuelle accordée à la Société de chirurgie.

A propos de la correspondance.

M. Bazy présente un travail de M. Sikora, intitulé : *Rétrécissements congénitaux de l'urètre.*

Appareil pour la chloroformisation.

M. Toubert, *membre correspondant.* — La présentation par M. Tuffier d'un appareil pour la chloroformisation, dans la séance du 31 mai, m'engage à vous faire connaître le dispositif fort simple que j'emploie depuis quelques mois pour la chloroformisation par le mélange air et chloroforme et dont je suis satisfait jusqu'à présent.

Je n'ai demandé à cet appareil ni de faire le *titrage mathéma-*

tique du mélange air et chloroforme, ni de distribuer *automatiquement* l'anesthésique. D'une part, il me semble, en effet, en présence des divergences d'opinion de ceux qui veulent titrer, que l'on est en droit de se demander si la *dilution* du chloroforme dans l'air (appareils français et anglais) ou dans l'oxygène pur (appareil allemand) n'est pas à elle seule presque suffisante pour diminuer notablement le pouvoir toxique du chloroforme, sans diminuer parallèlement son pouvoir anesthésique. D'autre part, nombre de chirurgiens sont d'avis que l'automatisme de la distribution du chloroforme a l'inconvénient de diminuer le rôle important de l'anesthésiste.

Par contre, j'ai cherché à réaliser un dispositif simple, robuste, incapable de se déranger, facile à réparer, susceptible même d'être improvisé, le cas échéant, avec la collaboration d'un ouvrier ordinaire (Avant de faire construire à Paris par Guyot le modèle que j'emploie aujourd'hui, j'avais fait faire mon appareil d'expérience en province par un ferblantier).

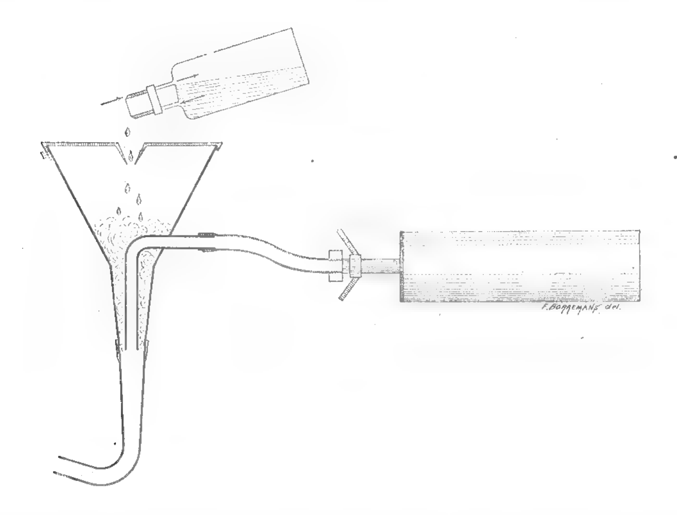
Voici la description de ce que j'appellerais volontiers : *Entonnoir pour la chloroformisation par le mélage air et chloroforme.*

I. *Description.* — Un entonnoir en cuivre nickelé, mesurant en hauteur 12 centimètres environ au total, est muni d'un couvercle à charnière, métallique aussi, portant à son centre une dépression conique perforée à son sommet d'un trou par où les gouttes de chloroforme tombent dans l'intérieur de l'entonnoir. Un tube métallique en forme d'L renversé (˥), dont le diamètre intérieur mesure environ 5 millimètres, vient par sa partie verticale se placer dans l'axe du tuyau de l'entonnoir, dont le calibre est de 1 centimètre environ, tandis que sa partie horizontale émerge du flanc du tronc du cône de l'entonnoir, sur lequel elle paraît en quelque sorte greffée. Ce tube, destiné à l'arrivée de l'air, est muni à son extrémité libre d'un pas de vis qui est celui des soupapes de pneumatiques de bicyclette. En effet, j'utilise la vulgaire pompe à bicyclette (qui se trouve partout ou presque partout aujourd'hui) pour alimenter mon appareil en air. Une petite compresse de gaze est chiffonnée dans le fond de l'entonnoir et, détail important, s'insinue entre le tube intérieur et le tuyau de l'entonnoir, de manière à émerger même un peu de l'extrémité libre de celui-ci : c'est sur cette compresse que tombent les gouttes de chloroforme, qui se transforment presque aussitôt en vapeurs.

II. *Fonctionnement.* — Persuadé, à la suite d'une assez longue pratique rhinologique, que la respiration nasale l'emporte, et de beaucoup, sur la respiration buccale, je conduis le mélange anesthésique jusque *dans le carrefour pharyngo-laryngien* à l'aide d'un

tube en caoutchouc, vulgaire tube à drainage, long de 15 centimètres environ, que j'introduis dans une narine en suivant le plancher de la fosse nasale, jusqu'à 10 centimètres à peu près de l'orifice narinal : ce tube s'adapte à frottement dur, par son extrémité extra-nasale, sur la partie terminale du tube de l'entonnoir. Il est généralement bien toléré; au besoin un badigeonnage de la pituitaire avec la cocaïne à 1/20 facilite son adaptation et son maintien.

L'appareil étant placé, pour *commencer l'anesthésie*, il suffit de verser le chloroforme goutte à goutte, à travers la cupule perforée du couvercle, sur la compresse renfermée dans l'entonnoir; les vapeurs de chloroforme, en raison de leur densité, obéissant à la



pesanteur, gagnent le tube de sortie en caoutchouc et de là passent dans les voies aériennes; on peut accélérer leur vitesse de passage en donnant quelques coups de pompe qui font un appel de vapeurs chloroformiques en refoulant vers la sortie du tube en caoutchouc les gaz accumulés à son entrée.

Au fur et à mesure que l'*anesthésie progresse*, on diminue le nombre de gouttes de chloroforme et on augmente le nombre de coups de piston de la pompe à air. On constate qu'il est aussi facile, avec très peu de chloroforme, de maintenir le malade juste au delà de la limite minime de l'anesthésie, ce dont on s'aperçoit aisément en interrogeant le réflexe cornéen.

A la *fin de l'opération*, on cesse de verser du chloroforme; celui dont est imprégnée la compresse suffit, chassé par les coups de piston de la pompe à air, à entretenir le demi-sommeil nécessaire à ce moment.

Si on le désire, il est très facile de substituer un ballon d'oxygène à la pompe à air; mais l'air m'a paru toujours avoir un effet égal à celui de l'oxygène, de sorte qu'il n'y a aucune raison pour lui préférer ce dernier gaz, plus difficile à obtenir en dehors des grandes villes et des grands services.

III. *Résultats.* — Mon expérience personnelle sur l'anesthésie à l'aide de l'appareil que j'ai expérimenté est encore trop réduite pour que je me permette d'en tirer des conclusions formelles et définitives. En effet, d'une part je suis un partisan fervent et convaincu de l'anesthésie locale par la cocaïne, appliquée suivant la technique très précise conseillée par M. Reclus, et je fais à la cocaïne la moitié environ des interventions que je pratique à l'hôpital militaire de Montpellier. D'autre part, j'ai anesthésié au chloroforme tantôt avec le masque, seul procédé classique, tantôt avec le masque d'abord et l'entonnoir ensuite, successivement utilisés (procédé mixte), tantôt avec l'entonnoir seul (procédé nouveau) les malades soumis à l'anesthésie générale. Je dois ajouter que tous mes opérés reçoivent avant l'anesthésie une injection sous-cutanée de morphine-spartéine et après l'anesthésie sont soumis à l'inhalation des vapeurs de vinaigre dilué versé sur une compresse appliquée devant la bouche et le nez. Toutes ces conditions rendent délicate à apprécier la *valeur intrinsèque* de l'appareil en expérience. Mais, en comparant les maladies anesthésiés par le mélange air et chloroforme, je crois pouvoir résumer mes *impressions* dans les termes suivants :

1° L'anesthésie est plus lente à venir, mais elle ne s'accompagne ni de cyanose, ni de ronflement, ni de gargouillement des mucosités dans le pharynx. Jamais ou presque jamais je n'ai dû recourir à la pince à langue, ni écouvillonner le pharynx.

2° La quantité de chloroforme dépensé est inférieure à celle exigée par le procédé du masque, qui implique des pertes notables par évaporation; 35 à 40 grammes suffisent pour les interventions ordinaires; je suis descendu à 15 grammes pour des interventions durant en tout un quart d'heure et j'ai atteint 60 grammes dans les opérations longues qui, avec le masque seul, exigeaient pour certains malades difficiles une dépense de 90 grammes;

3° Le réveil est très rapide : le malade reste obnubilé très peu de temps et j'en ai trouvé un lisant un journal dans son lit, le soir à trois heures, après avoir été opéré le matin à dix heures;

4° Les vomissements ne se sont produits qu'à la fin de l'anesthésie ou après le réveil, ni plus ni moins fréquents que dans les autres procédés d'anesthésie au chloroforme seul, d'après ce qu'il m'a semblé.

IV. *Conclusions.* — Je crois avantageux de donner le chloro-

forme dilué avec l'air et il me paraît logique, jusqu'à plus ample informé, de ne pas trop s'attacher à obtenir un titrage mathématique, sur la valeur absolue duquel tous les inventeurs ne se sont pas d'ailleurs encore mis d'accord. L'appareil que j'ai imaginé est simple, solide, propre, pas cher, facile à comprendre et à manier. il laisse à l'anesthésiste tout son rôle actif; enfin il facilite les opérations sur la face et le cou, puisqu'il permet de dégager le champ opératoire toujours encombré avec les masques et appareils analogues. C'est à ces divers titres que je le recommande non pas tant aux chirurgiens d'hôpitaux ou de grandes villes, pour qui la question d'instrumentation est parfois secondaire, qu'aux praticiens désireux de trouver mieux que la compresse et moins compliqué que les appareils excellents sans doute, mais chers et fragiles, présentés jusqu'ici. Il appartient à l'avenir de démontrer si ce modeste appareil mérite ou non de rester, malgré ce que certains appelleront sa tare originelle, c'est-à-dire son impuissance à titrer mathématiquement et à distribuer automatiquement le mélange air et chloroforme.

M. le PRÉSIDENT annonce à la Société qu'une place de membre titulaire est vacante et invite les candidats à cette place à adresser avant un mois au Bureau leur lettre de candidature.

A propos des luxations récidivantes de l'épaule.

M. F. LEGUEU. — Dans la dernière séance, M. Picqué a présenté une malade atteinte de récidive de luxation de l'épaule à la suite d'une capsulorraphie. Notre collègue refit une nouvelle opération avec des fils de soie, et la luxation ne s'est pas reproduite.

J'ai eu l'occasion de revoir depuis cinq jours un malade auquel j'avais fait également une capsulorraphie pour luxation récidivante : j'ai fait la suture avec des fils non résorbables, avec des crins de Florence, et cependant la luxation s'est reproduite.

Voici l'observation de ce malade :

R. A. âgé de dix-sept ans, entré salle Nélaton, service de Bicêtre.

Le malade épileptique tombe généralement sur son épaule gauche. A trois reprises il a eu une luxation plutôt extra-coracoïdienne qu'intra-coracoïdienne.

Les deux premières fois la réduction fut facile et persistante. La troisième fois, au contraire la réduction ne put être maintenue par la manœuvre de Kocher; la tête humérale revenait facilement en place e

y restait jusqu'au moment où le malade faisant un mouvement la luxation se reproduisait.

Il entre le 5 février 1905 salle Nélaton. La luxation se reproduit au moindre mouvement. Je décide de l'opérer.

Le malade fut opéré le 4 février 1905. Il fut endormi au chloroforme.

On fait une incision longitudinale de dix centimètres parallèle aux fibres du deltoïde. Par cette brèche on sectionne le tendon du sous-scapulaire, et l'on découvre la capsule que l'on incise. A l'ouverture de la capsule il s'écoule une notable quantité de liquide séro-hématique.

La tête humérale ne présente pas de déformations évidentes.

Du côté de la glénoïde l'insertion de la capsule à la partie antérieure est décollée sur une longueur d'un centimètre, ce qui autorise une luxation extra-coracoïdienne. En ce point la capsule forme un véritable cul-de-sac.

La luxation étant réduite et maintenue, la capsule est suturée par des points séparés au crin. Ce premier plan est enfoui sous un autre, au crin également. Enfin on fait un troisième plan au catgut.

Le muscle est suturé au catgut.

Suture cutanée au crin. On fait un pansement compressif très serré et très solide.

Suites de l'opération. — Les suites de l'opération furent des plus simples. Le malade eut quelques crises d'épilepsie, mais grâce au pansement, il ne se produisit aucun déplacement.

Les crins superficiels furent enlevés le onzième jour et le malade retourna dans sa division seize jours après son opération, complètement guéri.

Le 30 avril dans une crise d'épilepsie le malade retombe sur son épaule et se fait une nouvelle luxation antéro-interne, qui fut réduite immédiatement et facilement par le procédé de Kocher. Le bras fut immobilisé, et en ce moment on ne note aucun trouble fonctionnel du côté de l'articulation malade.

La récidive de la luxation malgré l'emploi de fils non résorbables pour la capsulorraphie est le point intéressant de cette observation.

Il est à remarquer cependant que ce malade, qui a des crises à chaque instant, avait une luxation presque à chaque crise.

Depuis l'opération, il a eu plusieurs crises et une seule récidive.

Il y a amélioration, mais non guérison.

M. Picqué. — Le cas de M. Legueu est très intéressant aux deux points de vue que voici :

1° L'ouverture de la jointure lui aurait permis de constater l'intégrité de la tête et l'absence de l'encoche. Je me propose de revenir sur ce point dans notre prochaine séance.

2° J'avais déjà marqué dans mon rapport, qu'il existe deux formes anatomiques de la luxation récidivante : la première si

bien décrite par notre collègue Broca à la Société anatomique et constituée par le décollement sous-périostique après déchirure du rebord glénoïdien.

La deuxième caractérisée par la boursouflure de la paroi antérieure de la capsule ; c'est à cette forme qu'est surtout applicable la méthode de la capsulorraphie et tous les auteurs qui ont appliqué la méthode de Ricard ont eu affaire à cette variété.

Je disais alors que la variété de Broca ne paraissait pas justiciable de cette opération et je demandais à mes collègues ce qu'il conviendrait de faire dans ces cas. Le cas de M. Legueu vient justifier mes prévisions à cet égard, puisqu'il a échoué en recourant à la capsulorraphie.

M. Broca. — Des communications de MM. Picqué et Legueu, je retiendrai quelques faits qui corroborent ce que j'ai vu anatomiquement, avec mon ami Hartmann, il y a longtemps déjà. D'abord, j'ai toujours pensé que c'est une erreur d'attribuer à l'encoche de la tête la capacité d'une luxation à récidiver. C'est une lésion d'usure par luxation ancienne, mais pour que la luxation récidive, il faut que, encochée ou non, la tête trouve une cavité où se loger quand elle se reluxe. Quelle est cette cavité? J'ai prouvé que ce pouvait être une poche sous-capsulo-périostée, mais je ne sais pas plus que M. Picqué, que M. Legueu quelle est la proportion de ces cas et de ceux où il y aurait simple distension de la partie antérieure de la capsule. Le seul moyen pour le savoir, c'est de faire ce qu'a fait de parti pris Legueu : quand on opère, ouvrir la capsule et examiner le bord antérieur de la glénoïde. Quand à ce niveau existe une désinsertion capsulo-périostée, y remédier directement ne me paraît pas facile, mais je ne suis pas supris que la capsulorraphie puisse y donner autre chose qu'une amélioration temporaire, comme chez le malade de Legueu. Et je ne puis m'empêcher de remarquer que le malade de Picqué aussi a eu une récidive. Cela ne me surprend pas, car j'avoue qu'en principe la distension simple de la capsule en avant ne me séduit pas beaucoup l'esprit.

M. Delorme. — M. Picqué vient de poser une question de pratique qui mérite qu'on s'y arrête : Dans ces luxations récidivantes, après insuccès de l'intervention chirurgicale, que faut-il faire? A cette occasion je me permettrai de rappeler ici le bénéfice qu'avant l'emploi des interventions sur la capsule j'ai obtenu des moyens prothétiques limitant les mouvements d'abduction pendant lesquels se produisent ces luxations.

Sur un capitaine de cavalerie auquel j'avais réduit une quatorzième luxation de l'épaule, j'employai deux moyens : l'un con-

sistant en une ceinture thoraco-abdominale se reliant par une chaîne à un bracelet brachial. La chaîne attirant l'attention sur son infirmité, ce malade me demanda de modifier cet appareil. J'eus recours à une ceinture thoracique à bretelles. A la bretelle correspondant à l'articulation malade, s'attachait une plaque de tissu élastique descendant jusqu'au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde. Des lacs élastiques partant des angles antéro et postéro-inférieurs de la plaque élastique se fixaient à la ceinture. Pendant un mouvement d'abduction étendu les deux lacs thoraco-brachiaux se tendaient. Pendant le temps où il me fut permis de suivre ce malade, cet appareil eut pour résultat de prévenir des récidives. Je ne saurais cependant affirmer qu'il en a toujours été ainsi.

M. Nélaton pense qu'il est un procédé bien facile à appliquer, c'est d'empêcher le mouvement d'abduction du bras au moyen d'une épingle de nourrice réunissant la face interne et supérieure de la manche au côté du vêtement.

M. Delorme. — Je n'ai pas la prétention d'avoir imaginé ces appareils. Je sais que le premier est bien connu, il n'en est pas de même du second. Quoi qu'il en soit ,celui que vient de nous décrire M. Nélaton semble préférable par sa simplicité et il est intéressant d'apprendre de son expérience personnelle qu'il est efficace.

M. Routier. — Il y a déjà longtemps, j'ai eu l'occasion d'employer le procédé que vient d'indiquer M. Nélaton et qu'il appelle le procédé du tailleur : c'était sur un jeune ingénieur qui se fit sa première luxation de l'épaule droite pendant ses dernières années de collège: plus tard, sa luxation se reproduisait dès qu'il faisait un mouvement d'abduction un peu prononcé : deux ou trois fois c'est en mettant son pardessus qu'il reproduisit sa luxation.

Je crois bien lui avoir réduit cinq ou six fois sa luxation, il avait appris à se la faire réduire par son domestique.

Pendant plus d'un an je lui ai fait porter des vêtements dont la manche droite était en partie cousue au corps du vêtement, et il lui était recommandé d'éviter les grands mouvements d'abduction.

Je crois bien, du reste, que c'est dans une conversation que j'eus à son sujet avec mon ami Nélaton que j'appris de lui ce procédé.

M. Tuffier. — Il est certain que les lésions ostéofibreuses jouent le rôle principal dans la récidive des luxations de l'épaule, mais il faut accorder une part si réduite qu'elle soit à l'état du système musculaire périarticulaire. C'est ainsi que j'ai vu un

capitaine de dragons qui était atteint de luxation récidivante de l'épaule. Je fus frappé de l'état d'atrophie de ses muscles périscapulo-huméraux ; un massage prolongé leur rendit leur tonicité et pendant les deux ans qui ont suivi et pendant lesquels j'ai pu le revoir, il n'avait pas eu de récidive.

M. PICQUÉ rappelle que Panas avait autrefois démontré que la luxation complète est impossible dans une capsule normale ; il ne croit guère à l'influence du relâchement musculaire par atrophie.

M. TUFFIER répond que certes la première cause de la luxation ne peut résider dans l'état du muscle : mais la luxation étant produite une première fois, le relâchement musculaire peut intervenir pour faciliter la récidive.

M. F. LEGUEU. — De cette discussion ressortent deux conclusions :

La première, c'est que quand on opère pour une luxation récidivante de l'épaule, il est indispensable d'ouvrir la capsule pour voir ce qu'elle contient, quelles sont les lésions, pour faire en un mot la biopsie de la luxation. Ceci ne nuit en rien à la thérapeutique de la lésion, mais au contraire permet de faire un traitement précis.

La seconde, c'est l'inefficacité de la capsulorraphie quand il s'agit d'un décollement capsulo-périosté, même quand la suture est faite avec des fils non résorbables.

Communications.

Conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites,

par M. F. LEGUEU.

La communication de M. Tuffier dans la dernière séance remet à l'ordre du jour la question des opérations conservatrices dans le traitement des salpingites. Et les salpingites ont depuis longtemps déjà pris dans la chirurgie une place si importante qu'il est tout naturel que de temps en temps on s'arrête étonné en face du chemin parcouru et qu'on ne se demande si les opérations pour salpingite ne sont pas ou trop fréquentes ou trop généreuses.

Déjà sur ce premier point de la fréquence de l'opération, la pratique de la temporisation qui s'est généralisée presque partout

a beaucoup diminué le champ de l'opération. Et c'est déjà quelque chose.

Mais sur l'extension à donner à l'opération on peut encore hésiter. Et si l'hystérectomie abdominale triomphait hier et triomphe aujourd'hui encore, nous sommes amenés par une réaction naturelle à nous demander si dans le traitement des salpingites suppurées les opérations conservatrices ne sont pas capables d'assurer à nos malades le bien-être que nous voulons leur procurer par notre opération.

La conservation poursuit un double but : le premier, exclusivement social, est d'assurer avec la conservation d'un ovaire la fonction génitale. Le second, exclusivement individuel, est d'assurer à la femme elle-même par la conservation d'organes à sécrétion interne comme l'ovaire ou à fonctionnement complexe comme l'utérus, une santé meilleure.

La communication de M. Tuffier n'ayant porté que sur le second point, je laisse de côté tout ce qui a trait aux opérations conservatrices portant sur la trompe ou l'ovaire; en me bornant aux limites tracées par notre collègue, je voudrais envisager avec lui le résultat de la conservation chez les femmes atteintes de salpingo-ovarite, d'un utérus avec l'un ou les deux ovaires.

La question très nette qui est posée est celle-ci : quand on opère pour salpingite double, y a-t-il avantage à laisser un ou deux ovaires après la suppression des trompes, à condition, bien entendu, qu'ils ne soient pas très altérés, avec l'utérus, ou bien y a-t-il pour la femme avantage à perdre l'un ou l'autre?

Je ne reviens pas sur les avantages théoriques qui sautent aux yeux, conservation de la menstruation, conservation de la sécrétion interne, suppression de tous les troubles de la ménopause anticipée.

Et je ne fais que signaler les inconvénients ou les dangers auxquels on s'expose, altération constante ou du moins très fréquente des ovaires lorsqu'il y a salpingite, persistance de douleurs dues à la présence de ces ovaires, et surtout persistance de troubles dus à la présence d'un utérus infecté, métritique, qui souvent saignait avant et saignera peut-être encore après.

La question ne peut être tranchée que par ces faits, et c'est précisément pour apporter ici l'appoint de mes observations personnelles que j'ai demandé aujourd'hui la parole.

Je me suis depuis longtemps préoccupé du souci de réduire au minimum l'exérèse à pratiquer chez une malade atteinte de salpingo-ovarite, puisque ma première opération remonte à 1894 : mais ces occasions sans doute de laisser l'utérus avec un ou deux ovaires m'ont paru assez rares puisque, en onze ans, je n'ai prati-

tiqué que 17 fois cette opération. Je répète que je laisse de côté les opérations conservatrices portant sur la trompe elle-même, car ici la présence de la trompe altérée est susceptible de modifier le résultat éloigné de l'opération.

Toutes mes malades ont guéri.

Malheureusement je n'ai pu les revoir, ou les retrouver toutes : mais il y en a *dix* sur lesquelles j'ai des renseignements très précis et qui ne sont pas sans un certain intérêt.

Les résultats méritent d'être étudiés à trois points de vue : menstruation, santé générale (sécrétion interne), douleurs et sécrétions locales (leucorrhée, métrorragies).

En ce qui concerne la menstruation, toutes mes malades ont continué à être réglées, plus ou moins régulièrement.

Chez toutes, la santé générale a été bonne : je ne retrouve pas ces troubles de la ménopause précoce, les bouffées de chaleur, les vertiges, la neurasthénie, les névralgies, que l'on observe si souvent à la suite de l'hystérectomie totale ou sus-vaginale.

Reste maintenant la question des troubles locaux ; et ici les résultats semblent être moins favorables.

Voici quelques exemples :

Ma première malade opérée en 1894 a gardé l'utérus et l'ovaire droit : il s'agissait de lésions anciennement suppurées et actuellement très condensées. Elle a continué à souffrir à droite ; je l'ai revue en 1895, elle ne pouvait pas travailler. Elle fut réopérée en avril 1900 avec une éventration.

Une autre malade opérée en 1901 à l'Hôtel-Dieu pour une annexite suppurée conserve un utérus et un ovaire à gauche. En juillet 1902, elle est revue, souffrant toujours du côté gauche : le palper cependant ne montre rien, la santé générale est bonne.

Le 27 avril 1900 j'opérais à Broca une femme de vingt-sept ans pour une salpingo-ovarite suppurée. Je crois pouvoir conserver un ovaire peu altéré, mais cependant malade. Cette malade est revue au mois de novembre suivant : elle souffre encore dans le ventre et *du côté droit correspondant à l'ovaire conservé.* Je l'ai revue encore une fois depuis en avril 1902 : elle avait à ce moment un cancer ulcéré du col très étendu et que je n'ai pas voulu opérer.

Voici maintenant une malade de trente-cinq ans, que j'opère à Saint-Louis le 29 décembre 1901 pour un double hydrosalpinx : je laisse un ovaire. La malade a eu plus tard des métrorragies très abondantes, considérables même qui ont nécessité une opération itérative.

Une autre malade de vingt-six ans est opérée à Necker le 2 janvier 1903, pour des lésions de salpingo-ovanite catarrhale, avec adhérences filamenteuses, qu'on pourrait dire « petites lésions ».

Je laisse un ovaire, le gauche, avec l'utérus. Je revois cette malade le 28 mai 1904 : elle a beaucoup engraissé elle est très améliorée, mais elle souffre encore dans toute la fosse pelvienne : les douleurs, il est vrai, prédominent du côté opposé à celui de l'ovaire conservé.

Enfin une autre opération du 26 juillet 1900, à Broca, m'a donné un résultat bon mais non parfait : il s'agissait de lésions suppurées, l'ovaire droit est laissé. Cette malade est revue le 23 janvier 1903 : elle est réglée régulièrement, l'utérus est un peu atrophié, mais elle éprouve encore des douleurs *à droite* ; le toucher cependant ne montre à ce niveau aucune lésion appréciable.

Ce matin même j'ai revu une malade qui, opérée l'année dernière le 27 janvier, conserve du côté gauche ou l'ovaire a été laissé une douleur vive et presque constante. Son utérus saigne encore abondamment au moment de ses règles et je vais être obligé de la réopérer.

Voilà donc un certain nombre de résultats imparfaits et défectueux et qui tiennent à ce que j'ai conservé des organes altérés ou trop altérés. J'ai voulu sauvegarder la santé générale et j'ai compromis la santé locale. Par contre deux malades au contraire dont j'ai eu des nouvelles sont dans un état excellent. Je veux bien croire d'ailleurs et espérer que parmi les malades que je n'ai pas revues, il en est un certain nombre qui sont complètement et parfaitement guéries.

Aussi bien de ces faits, je n'aurai rien de nouveau à conclure ; et mes idées restent en ce qui concerne la conservation ce qu'elles étaient il y a quelques années. C'est faire preuve de sagesse que d'y penser toujours, et à propos de chaque cas en particulier : ce sera faire œuvre de prudence que de ne pas en abuser et de la restreindre à des cas relativement rares. C'est très bien de chercher chez une femme jeune surtout à conserver le plus possible l'utérus et les ovaires, les ovaires ou un ovaire. Mais c'est s'exposer à compromettre le résultat d'une opération que de chercher à faire trop de conservation. On ne devra la faire que si on a des raisons de penser que les organes à laisser sont très peu malades, presque sains, diagnostic délicat, difficile, incertain. Et on ne devra pas oublier qu'une conservation outrée ne vaut jamais une castration complète.

M. Routier. — Il m'est arrivé comme à vous tous sans doute d'être navré quand j'avais à opérer des jeunes femmes atteintes de salpingites, je trouvais très triste de châtrer des sujets qui avaient souvent moins de vingt ans.

J'ai donc, et depuis bien longtemps, pratiqué des opérations

économiques, je ne parle pas des cas où enlevant les annexes, j'ai laissé l'utérus, mais des cas où j'ai pu laisser un ovaire, quelquefois les deux après avoir enlevé les trompes.

Sans pouvoir préciser par des chiffres, je puis vous dire que je n'ai pas été séduit par mes résultats, et qu'il m'a semblé plus sage d'enlever tout.

J'ai eu des cas sans doute où tout s'est fort bien passé, mais, en général, j'ai observé la persistance de douleurs, l'existence de métrorragies; quelquefois il s'est développé de nouveau des accidents aigus, tant et si bien, qu'aujourd'hui, je m'évertue à bien examiner mes malades et si je décide l'opération, je la fais complète, et cependant, quand j'ai affaire à de trop jeunes sujets, je ne puis m'empêcher, quand c'est possible, de laisser un ou partie des ovaires. La conservation des règles est toujours précieuse.

Sur les affections de la bourse séreuse du biceps brachial,

par M. RIEFFEL.

Je désire vous entretenir pendant quelques instants d'une petite affection très peu connue, qui peut offrir un certain intérêt pour le diagnostic des lésions inflammatoires et organiques du pli du coude : je veux parler des épanchements qui se font dans la bourse de glissement située sous le tendon radial du muscle biceps brachial.

Dans le courant de l'année 1903 (le 17 mai), se présentait à la consultation de l'hôpital Cochin un charretier âgé de quarante et un ans, qui se plaignait d'un peu d'engourdissement et d'affaiblissement musculaire dans l'avant-bras droit combinés à une certaine difficulté de la flexion du coude et surtout à une impossibilité d'exécuter d'une façon complète les mouvements de pronation de la main. Il portait dans la profondeur du pli du coude une petite tuméfaction assez malaisée à sentir ou plutôt à circonscrire, lorsque l'avant-bras était étendu, car elle était bridée par l'aponévrose. Mais elle devenait d'une exploration plus facile dans la demi-flexion du coude et la pronation légère de la main. Elle formait alors une grosseur ovoïde, du volume d'une petite noix, rénitente, non pulsatile, assez sensible à la pression, située en dehors du tendon du biceps, sans qu'on pût lui imprimer des mouvements dans les sens vertical ou transversal. Elle était, au dire du malade, apparue assez rapidement. Il n'avait reçu aucun coup, mais il se rappelait très bien qu'il y a un mois il avait ressenti dans le coude une douleur vive, mais passagère, en voulant donner à son cheval un vigoureux coup de fouet. Il n'existait

aucune ecchymose, aucun retentissement ganglionnaire, aucune lésion appréciable de l'articulation du coude. Le sujet niait avoir eu la syphilis et il n'était pas entaché de tuberculose. Je pensai à l'existence d'un hématome ou d'un kyste.

L'intervention, exécutée séance tenante après cocaïnisation, permit de préciser le diagnostic. Après avoir pratiqué une assez longue section verticale et fendu l'aponévrose, je dus récliner en dehors le bord antérieur du muscle long supinateur et je vis alors une poche kystique, qui soulevait le tendon du biceps et était accolée à la tubérosité du radius. En l'incisant, il s'en écoula quelques caillots et du liquide séro-sanguinolent. Il s'agissait donc d'un hématome de la bourse bicipitale en voie de transformation kystique. J'en extirpai aussi complètement que possible les parois, après avoir coupé entre deux ligatures une artère assez forte (récurrente radiale antérieure), qui passait en écharpe devant la tumeur. La guérison se fit sans encombre et ce qu'il y eut de remarquable, c'est qu'aussitôt après l'opération il fut possible d'exécuter la pronation d'une façon complète.

J'ai cru, malgré sa simplicité, devoir vous communiquer ce fait, car je n'ai trouvé aucune mention des affections de la bourse bicipitale dans nos ouvrages classiques, même les plus récents et les plus étendus (1). Elles sont sans doute très exceptionnelles, en dehors des cas où elles compliquent une ostéo-arthrite du coude, ou plutôt de la jointure radio-cubitale supérieure, dont cette bourse séreuse est assez rapprochée, bien qu'elle ne communique jamais avec la synoviale articulaire. Peut-être cependant la rareté estelle plus apparente que réelle, et ces hygromas ont-ils paru trop insignifiants pour être dignes d'être publiés. Notre président, M. Schwartz, m'a dit en avoir observé un seul cas, sur lequel il n'a pu malheureusement retrouver aucune note. Quoi qu'il en soit, la pénurie de documents sur cette question est assez surprenante, d'autant que la bourse bicipitale, dont l'existence est constante, est souvent très large, qu'elle existe déjà chez le fœtus et est bien visible dès le septième mois de la vie intra-utérine.

Les bursites bicipitales ont des caractères assez spéciaux, qui pourront guider le diagnostic. En dehors d'une douleur localisée à la tubérosité du radius, et siégeant, par conséquent, à un large travers de doigt au-dessous du pli de flexion du coude, on s'attachera surtout à l'étude des mouvements, dont les modifications sont faciles à comprendre d'après les données anatomo-physiolo-

(1) Vogt seul, dans la *Deutsche Chirurgie* (Lief 64, p. 174), lui consacre un court paragraphe, résumé dans la plupart des traités allemands de pathologie.

giques. Ces modifications consisteront : 1° en une certaine gêne douloureuse de la flexion supinatrice du coude, puisque le biceps est le seul agent de ce mouvement ; 2° en une légère limitation de l'extension, dont l'excursion complète est empêchée par la tumeur qui occupe le pli du coude ; 3° enfin et surtout en une impossibilité de parfaire la pronation, car le kyste, coiffé par le tendon du biceps, vient heurter l'extrémité supérieure du cubitus et ne peut plus, en même temps que la tubérosité bicipitale, franchir l'espace interosseux. L'expérimentation cadavérique, que nous avons pratiquée (1) en distendant artificiellement la bourse séreuse, démontre la chose de la façon la plus nette et confirme les résultats de la clinique.

Malgré ces phénomènes fonctionnels, il peut advenir que l'hygroma bicipital soit méconnu ou passe inaperçu. Ainsi, lorsqu'il est très tendu, on pourra, bien qu'il suive les mouvements passifs de pronation et de supination, se méprendre sur sa véritable nature, et Hyrtl, dans son Anatomie topographique (2), rapporte incidemment le cas d'une vieille femme, chez laquelle la bourse séreuse, du volume d'une grosse noix, à paroi épaissie, était remplie par un liquide gélatineux, et chez laquelle, en raison de la dureté de la tumeur, on avait diagnostiqué une exostose.

Il ne faut pas oublier que ces hygromas sont relativement très profonds, que leur recherche peut être difficile, tant qu'ils sont petits ou si l'on est en présence d'un sujet, dont le pli du coude est rempli par une grande quantité de graisse. Cela pourrait être d'un sérieux inconvénient, si l'on avait affaire à un hygroma aigu suppuré. En effet, si le pus vient à franchir les parois de la bourse séreuse, il n'aura nulle tendance à se faire jour à l'extérieur, mais il donnera naissance à un phlegmon profond de l'avant-bras, soit en fusant entre les muscles de la région antébrachiale antérieure, soit même en gagnant la région postérieure.

Il est certain que la bourse bicipitale peut être le siège de toutes les lésions que l'on connaît sur les organes similaires, et Vogt dit même y avoir rencontré des infiltrations gommeuses et des dépôts goutteux. Il est toutefois un point sur lequel je voudrais attirer l'attention. Il me semble que, dans bien des cas, il doit s'agir d'hématomes ou d'hygromas professionnels, s'observant chez les individus que leurs travaux exposent à des contractions intempestives ou énergiques du biceps, à des mouvements violents ou répétés de supination, pendant lesquels la bourse séreuse pourra subir des tiraillements, des déchirures partielles, des

(1) Voir aussi sur ce sujet Schüller : *Die obere Extremität*, p. 164.
(2) Hyrtl. Dernière édit., tome II, p. 431.

froissements, etc., déterminant ainsi un épanchement intra-bursal sanguin ou séreux. Il en était ainsi chez le charretier que j'ai observé. On remarquera, d'ailleurs, que cette bourse a des connexions étroites avec les muscles supinateurs, d'une part avec le biceps dont le tendon adhère intimement à sa paroi, d'autre part avec le court supinateur, dont les faisceaux les plus supérieurs la recouvrent et viennent même prendre sur elle quelques insertions.

Il est encore un dernier rapport intéressant, c'est celui que la bourse séreuse fortement distendue affecte avec le nerf radial. Il ne s'agit pas là d'une simple notion théorique, comme l'indique une intéressante observation, que je dois à mon collègue et ami Riche. Voici textuellement la note qu'il a bien voulu me remettre :

« Au commencement d'août 1903, écrit Riche, j'examinai dans le service de M. Walther, que je remplaçais un malade atteint de paralysie radiale. Il avait eu quelques mois auparavant une fracture de l'humérus, mais l'absence de paralysie du long supinateur me fit chercher et trouver autre chose.

« Au niveau du pli du coude, au-dessous du long supinateur, je sentis une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, un peu mobile latéralement ; je pensai à une tumeur du nerf radial.

« L'opération me conduisit sur une masse fibro-lipomateuse arrivant au contact du nerf radial, sans lui adhérer. Je la disséquai, et cette dissection m'amena sur la tubérosité bicipitale. La masse fibro-lipomateuse présentait une petite cavité, et je portai le diagnostic rétrospectif de fibro-lipome de la bourse séreuse du biceps, probablement de nature tuberculeuse.

« L'examen histologique ne fut pas fait. La paralysie s'amenda assez rapidement. »

En terminant, je présenterai une dernière remarque. Il ne faudrait pas croire que tous les kystes profonds du pli du coude dépendent de la bourse bicipitale. En effet, on peut rencontrer entre le radius et le cubitus, ou plus exactement entre le tendon du biceps et la tubérosité du radius d'une part, le bord externe du tendon du brachial antérieur et les faisceaux coronoïdiens du fléchisseur sublime d'autre part, une bourse de glissement. C'est la bourse cubito-radiale, signalée par Monro et Villermé, bien étudiée par Wenzel Gruber (1), qui l'a décrite, comme il a fait, d'ailleurs, pour toutes les bourses séreuses de l'organisme, avec une précision qui n'a pas été égalée. Toutefois, cette bourse n'est pas constante comme celle du biceps ; on ne la rencontre que chez

(1) Wenzel Gruber. Monographie des Bursæ mucosæ cubitales in *Mém. de l'Acad. imp. de Saint-Pétersbourg*, 1866, t. X, n°s 6 et 7.

l'adulte; mais lorsqu'elle existe, elle est toujours très spacieuse, et, quand on l'injecte sur le cadavre, ses dimensions dépassent celles d'une grosse noix. Les hygromas de cette bourse se distingueront cependant assez facilement de ceux auxquels je faisais allusion plus haut, non seulement par leur siège plus interne, en arrière des gros vaisseaux, mais aussi par cette particularité que, s'ils entravent les mouvements de flexion du coude, ils ne gênent jamais en aucune façon l'étendue de la pronation et de la supination.

M. MIGNON. — J'ai eu l'occasion d'enlever chez un jeune soldat une bourse séreuse bicipitale qui présentait les caractères de l'hygroma à grains riziformes. Le malade est sorti du service complètement guéri.

M. RICARD. — J'ai à rapporter une observation analogue, mais qui manque de la sanction opératoire, car le malade a guéri sans intervention.

Voici, en quelques mots, l'histoire de mon malade : traumatisme de l'avant-bras à la fin de l'année dernière; trois ou quatre mois après, apparition d'une légère paralysie des extenseurs des doigts, dont la cause resta longtemps inconnue. Un examen attentif me montra une intumescence diffuse et molle sous la masse de muscles précondyliens; je songeai à un lipome ou à un sarcome au début. Je conseillai avant l'opération la radiothérapie.

Comment agit le traitement, je n'en sais rien, toujours est-il que le malade guérit, que l'intumescence disparut ainsi que la paralysie?

N'était-ce pas là un cas analogue à celui présenté par M. Rieffel?

Rapport.

Deux observations de résection iléo-cæcale, l'une pour tuberculose, l'autre pour cancer de la valvule iléo-cæcale, suivies de guérison, par M. SOULIGOUX.

Rapport par M. CHAPUT.

La résection iléo-cæcale, soit pour cancer, soit pour tuberculose, est une opération encore assez rare et suffisamment sérieuse

pour que les deux observations de M. Souligoux méritent de vous être présentées avec quelques réflexions.

Dans le cas de cancer, il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans, sans antécédents médicaux, qui remarqua en janvier 1902 que son ventre se ballonnait fortement sans qu'il présentât de douleurs ni de constipation; au contraire, il existait de la diarrhée.

Quelques années après survenaient de vives douleurs avec ténesme rectal et diarrhée; le malade observait à la même époque l'apparition d'une volumineuse tumeur siégeant tantôt dans la fosse iliaque, tantôt remontant au-devant du rein et s'étendant à certains moments jusqu'à la ligne médiane.

Lorsque M. Souligoux examina le malade, la tumeur siégeait dans la fosse iliaque, elle était du volume d'une orange; on pouvait la mobiliser très facilement en tous sens, on la vit au bout de quelques jours se déplacer spontanément.

M. Souligoux diagnostiqua un cancer du cæcum avec invagination.

L'opération eut lieu le 24 septembre 1902, dans la *position déclive*, au moyen de l'*incision médiane*. La tumeur est amenée facilement hors du ventre, elle est constituée par une invagination qu'on réduit facilement.

M. Souligoux fait la section et la ligature du mésentère et du mésocæcum, il écrase l'intestin grêle et le côlon ascendant en tissus sains, puis résèque les parties malades, et enlève *quelques ganglions* dégénérés du mésocôlon. Il ferme alors en cul-de-sac les deux bouts de l'intestin grêle et du gros intestin, puis pratique l'anastomose *latéro-latérale iléo-sigmoïdienne*.

La guérison eut lieu en quinze jours, sans aucune complication; le malade a joui depuis lors d'une santé parfaite, et son poids est passé de 57 à 75 kilogrammes.

L'examen de la pièce a montré que la tumeur se composait de l'intestin grêle invaginé dans le cæcum. Les lèvres de la valvule iléo-cæcale étaient très épaissies et ulcérées, l'ulcération se prolongeait sur la paroi cæcale.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Dans la seconde observation il s'agit d'une jeune fille de quinze ans qui, en juillet 1904, présenta des vomissements alimentaires répétés avec des douleurs abdominales d'abord intermittentes, puis continuelles, prédominant surtout dans la fosse iliaque droite. Au bout de quelque temps une diarrhée chronique s'établit; une seule fois on constata un peu de sang dans les selles.

La malade s'amaigrit, pâlit, éprouva des palpitations, de la dyspnée, des sueurs fréquentes.

En mars 1905, on constate un soulèvement de la fosse iliaque provoqué par une tumeur volumineuse, dure, mobile en tous sens, douloureuse au toucher. On remonte la malade au moyen d'injections de sérum répétées pendant plusieurs jours.

Le 2 *avril* 1905, M. Souligoux fait une incision latérale de 20 centimètres de long. Le cæcum volumineux a sa surface extérieure saine, il contient un boudin d'invagination ; de gros ganglions occupent le mésentère et le mésocôlon.

Écrasement de l'intestin grêle et du côlon ascendant, qui sont ensuite fermés par un double *surjet*, l'un muco-musculeux, l'autre séro-séreux.

Le mésentère et le mésocôlon sont réséqués en coin avec la plus grande partie des ganglions dégénérés.

Les bords du coin sont suturés l'un à l'autre. M. Souligoux établit ensuite une anastomose latérale iléo-colique, puis fixe l'*épiploon* à la surface de la ligne de suture.

L'abdomen est drainé au moyen d'une mèche et d'un drain, puis la paroi est réunie au catgut.

La guérison se fait sans incidents.

La tumeur, du volume des deux poings, se compose du cæcum et de l'iléon invaginé.

Le cæcum ouvert laisse apercevoir une volumineuse tumeur du volume d'une orange terminée en pointe, avec un orifice à sa face inférieure, le tout représentant une tête de requin. — Les ganglions sont caséeux.

Les deux observations de M. Souligoux sont absolument superposables au point de vue symptômes; dans les deux cas les malades ont présenté des douleurs, de la diarrhée, une tumeur de la fosse iliaque très mobile. Ce sont les symptômes classiques du rétrécissement intestinal. L'indication opératoire était bien précise.

J'approuve tout à fait l'incision latérale de la deuxième observation, mais l'incision médiane du premier cas me paraît peu avantageuse. Le champ opératoire étant plutôt latéral que médian, il est préférable de l'aborder par une incision située directement au devant de lui, plutôt que par l'incision médiane qui est trop éloignée pour donner autant de jour, à longueur d'incision égale.

La meilleure preuve de ce que je viens d'avancer, c'est que M. Souligoux avec son incision médiane n'a pas pu faire la réunion iléo-colique et qu'il a dû exécuter l'anastomose iléo-sigmoïde.

La position déclive employée dans l'un des cas ne me paraît pas être la méthode de choix.

Dans les cas ordinaires, les tumeurs de la fosse iliaque sont plus facilement abordées en position horizontale. La position déclive ne me paraît utile que pour les manœuvres intra-pelviennes; au contraire les tumeurs siégeant au-dessous du foie me paraissent plutôt justiciables de la position élevée ou du coussin rétro-dorsal.

M. Souligoux dans ses deux cas a réséqué en coin le mésentère, puis il a écrasé l'intestin avec un angiotribe et l'a fermé au double surjet muco-muqueux et séro-séreux.

L'écrasement de l'intestin ne me paraît pas une manœuvre très avantageuse. Dans certains cas l'intestin friable se coupe sous l'écraseur.

Le principal avantage de l'écrasement, c'est de réduire le volume du moignon qu'on peut ensuite fermer par une ligature en masse; M. Souligoux n'a pas fait de ligature en masse mais en double surjet, l'écrasement ne lui a donc pas rendu plus de service que l'instrument tranchant.

L'écrasement supprime en outre l'hémorragie; il reste à savoir si l'avantage d'éviter deux ligatures mérite de s'encombrer d'un appareil volumineux lourd et coûteux; telle n'est pas mon opinion.

Notre collègue a préféré réunir les deux bouts d'intestin par une anastomose latérale et je ne puis que l'approuver.

La suture circulaire n'est pas toujours facile à exécuter avec un côlon sessile, recouvert de graisse rendant difficile le passage des fils dans la musculeuse; aussi arrive-t-il fréquemment ou bien que la suture ne comprend que la graisse trop fragile pour maintenir les surfaces au contact, ou bien au contraire que la paroi harponnée au hasard se laisse perforer d'outre en outre y compris la muqueuse, d'où infection du point de suture.

Pour ce qui est de l'anastomose latérale, on n'a pas à compter avec le revêtement graisseux du côlon puisqu'on place l'incision dans un espace dépourvu de graisse; l'anastomose latéro-latérale adoptée par M. Souligoux me paraît préférable à l'anastomose par implantation parce qu'elle évite les inconvénients qui résultent de la piqûre des vaisseaux du bord mésentériqne de l'intestin.

A vrai dire il n'y a pas de règle fixe à poser en la matière; après avoir exécuté la résection et examiné comment les choses se présentent, on choisira le procédé qui procurera avec le plus de simplicité une bonne réunion des deux bouts; la suture bout à bout, l'implantation ou l'anastomose latérale seront choisies selon qu'elles répondent le mieux à la bonne exécution de la suture.

Je vous ai communiqué en 1901 une observation de résection du cæcum pour tuberculose, dans laquelle j'ai fait la suture bout à bout, comme étant la plus simple; mon malade a parfaitement guéri.

Dans un de ses cas M. Souligoux a employé l'anastomose iléo-colique et dans l'autre l'anastomose iléo sigmoïdienne.

La réunion iléo-colique est celle qu'on doit chercher de préférence lorsque son exécution est facile. Lorsqu'elle est difficile on peut se rabattre sur l'anastomose iléo-transverse ou iléo-sigmoïdienne.

Ces dernières ont l'inconvénient de créer une bride péritonéale qu'il est préférable d'éviter.

L'anastomose iléo-transverse est à rejeter lorsque le côlon transverse n'est pas abaissé, car l'intestin grêle porté anormalement en haut tire sur les sutures et peut les déchirer.

L'anastomose iléo-sigmoïde n'a pas le même inconvénient et m'a donné plusieurs fois de bons résultats.

J'ai eu à traiter il y a deux ans une tuberculose du cæcum chez une jeune fille de seize ans et j'ai voulu chez elle procéder en deux temps pour diminuer le shock opératoire; je comptais faire d'abord l'anastomose iléo-sigmoïdienne, puis plus tard réséquer le cæcum et former les deux bouts en cul-de-sac; mais l'anastomose iléo-sigmoïdienne me procura un si beau résultat que la tumeur disparut et que l'état général devint florissant; je renonçai donc à la résection du cæcum devenue inutile.

On ne saurait assez recommander ces opérations en deux temps, car l'ablation d'une grosse tumeur du cæcum est chose fort grave quand elle s'accompagne, comme c'est la règle, de grandes dénudations de la fosse iliaque. Sans diminuer en rien le mérite de notre collègue, je puis bien faire remarquer que ses deux succès ont été facilités parce que dans les deux cas la valvule iléo-cæcale était seule atteinte; la gravité eût été beaucoup plus grande avec une tumeur ayant envahi le cæcum et le côlon ascendant.

Étant donné que dans bon nombre de cas de tumeurs du cæcum l'opération est longue, difficile, grave, il n'est pas indifférent d'en réduire la durée en répartissant l'acte opératoire en deux séances distinctes. Ajoutons qu'une entérorraphie en tissus sains sur des anses éloignées du champ opératoire, comme je l'ai pratiquée dans mon observation, a plus de chances de se réunir que celle au voisinage des deux bouts dont la vitalité est compromise par les résections mésentériques.

M. Souligoux ne nous ayant soumis que des observations de résection du cæcum, nous n'avons pas à examiner les mérites de

l'exclusion appliquée à la tuberculose du cæcum. Je dirai cependant que si on pratique une entéro-anastomose, soit définitive, soit préliminaire d'une résection, il sera très avantageux d'y adjoindre la section de l'intestin grêle au-dessous de l'anastomose, suivie de l'oblitération en cul-de-sac des deux bouts ; cette manœuvre bien simple est actuellement désignée sous le nom d'exclusion unilatérale. Elle a l'avantage de mettre complètement au repos la région malade, et d'assurer la permanence de la dérivation des matières par l'orifice anastomotique.

M. Souligoux signale encore avoir fixé l'épiploon à la surface de la ligne de suture dans le but de favoriser la réunion.

Ce procédé a été recommandé il y a longtemps par Senn, et plus récemment par M. Lœwy. Je l'ai employé sur le chien, mais je dois dire qu'il m'a paru peu efficace. En effet, lorsque la réunion immédiate se fait au niveau des sutures intestinales, la greffe épiploïque ne sert à rien ; lorsque la réunion manque, la greffe épiploïque ne prend pas et ne saurait empêcher l'infection.

J'ai vu un grand nombre de fois, chez le chien, des sutures défectueuses infecter le péritoine malgré les greffes épiploïques.

Nous aurions été curieux de savoir comment M. Souligoux a pratiqué la coprostase dans ses deux observations où l'intestin distendu ne pouvait être vidé par les moyens ordinaires.

Je profiterai de cette occasion pour vous communiquer le moyen dont je me sers habituellement dans mes opérations sur l'intestin pour réaliser la coprostase ; il consiste à traverser le mésentère dans un espace invasculaire avec une grosse soie ; les deux chefs de la soie sont ramenés en avant, se croisent sur le bord convexe de l'intestin, et fortement tirés en sens inverse étreignent solidement l'intestin qu'ils oblitèrent hermétiquement. Une longue pince saisit les deux chefs à leur point de croisement et maintient la compression. Lorsque l'opération est terminée, il suffit d'enlever la pince et de tirer sur un des chefs de la soie pour supprimer la coprostase.

Je terminerai par une dernière remarque : le cas de tuberculose iléo-cæcale de M. Souligoux est particulièrement rare, il ne rentre dans aucune des formes décrites par M. Crouzet (forme ulcéreuse, entéro-péritonéale et hypertrophique) ; il s'agit d'une tuberculose hypertrophique limitée à la valvule iléo-cæcale.

Ces deux belles observations font le plus grand honneur à notre collègue dont les travaux de chirurgie intestinale sont connus de tous. Je vous demande donc de vous associer à moi pour le féliciter comme il convient, et de lui réserver votre sympathie lorsqu'il sollicitera vos suffrages.

Présentations de malades.

Anévrisme faux circonscrit de l'artère radiale.

M. Routier. — Le sujet que j'ai l'honneur de vous présenter est entré le 23 mai dans mon service, pour une tumeur de la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras gauche.

Cette tumeur, disait-il, avait considérablement augmenté de volume depuis quinze jours, et lui causait d'assez vives douleurs.

Il avait, depuis deux ans, en effet, au même niveau, une petite tumeur grosse comme un gros pois, qui avait succédé à une plaie causée par une machine à battre, et pour laquelle, nous dit cet homme, le médecin avait dû lier l'artère radiale.

Cette petite tumeur était indolente et dure, et il ne s'en préoccupait pas.

Sans raison apparente, cette tumeur s'est tout à coup mise à grossir, et, à son entrée dans mon service, elle avait le volume d'une orange.

Voici du reste sa photographie.

Cette tumeur présentait sur presque toute sa partie la plus saillante une rougeur de la peau presque inquiétante; elle était animée de battements isochrones aux pulsations artérielles; elle présentait de l'expansion, et on y percevait un souffle systolique très intense.

La radiale battait au niveau de la gouttière du pouls, et il n'y avait pas un retard appréciable au doigt entre les deux pulsations radiales de droite et de gauche.

La compression de l'humérale faisait cesser tous ces phénomènes.

Il était certain que nous avions affaire à un anévrisme de l'artère radiale.

Le 30 mai 1905 j'ai pratiqué l'extirpation de cet anévrisme après ligature de la radiale au-dessus et au-dessous de la tumeur; mais la poche qui était pleine de caillots noirs et mous n'était pas bien délimitée, il s'agissait certainement d'un anévrisme faux.

Il est certain que cet anévrisme a succédé à un traumatisme antérieur de la radiale, mais il est difficile de savoir exactement quelle a été sa pathogénie.

La ligature fut-elle pratiquée sur les deux bouts, avec quoi, comment? tous renseignements que je n'ai pu avoir.

Quelle était cette petite tumeur qui, deux ans de suite, a existé sans autrement gêner le malade, et qui tout à coup a grossi et est

devenue douloureuse, tout autant de questions que je pose sans pouvoir les résoudre.

Quoi qu'il en soit, c'est un bel exemple d'anévrisme faux circonscrit à la suite d'un traumatisme antérieur de l'artère.

Comme vous pouvez le constater, le malade est aujourd'hui parfaitement guéri, il n'a plus de douleur et tous les mouvements sont possibles ; il y a quatorze jours à peine qu'il a été opéré.

Autoplastie.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade que j'ai guéri d'un vaste ulcère circulaire de la jambe par des autoplasties multiples.

L'origine de la lésion était un écrasement pour lequel il a été soigné du mois de septembre au mois de janvier dans le service de M. le professeur Reclus, à Laënnec. Lorsque j'ai remplacé M. Reclus dans cet hôpital au mois de janvier, tous les lambeaux sphacélés étaient éliminés, le malade n'avait plus de fièvre, son était général était très bon, mais la plaie n'avait aucune tendance à la réparation. Depuis le mois de novembre, elle ne s'était pas rétrécie. Elle faisait tout le tour de la jambe et mesurait en hauteur 11 centimètres du côté du péroné, 25 centimètres en arrière et 22 en dedans.

Pour avoir une partie souple, capable de parer à la rétraction et aux accidents de constriction qui en résultent, j'ai commencé par faire en dedans une greffe italienne, que j'ai empruntée à la jambe opposée. J'ai fait le premier temps le 17 janvier. Le pédicule a été sectionné le 2 février. Le lambeau a pris en totalité.

Le reste de la plaie a été comblé par des greffes de Thiersch. Dans une première séance exécutée le 25 février, j'ai greffé la moitié de la plaie. J'ai greffé le reste dans une seconde séance le 8 mars. Quelques petites greffes complémentaires ont été faites dans une troisième séance le 11 avril.

Le malade est sorti de l'hôpital le 16 mai. Vous pouvez voir qu'il est complètement guéri. Toutes les greffes sont solides et ne présentent aucune tendance à l'ulcération. A la partie supéro-interne, les lambeaux dermo-épidermiques ont été appliqués directement sur les fibres musculaires et tendineuses du jumeau interne. Elles lui adhèrent encore ainsi qu'on peut le voir quand le malade fait des mouvements du pied. Cependant leur adhérence n'est pas très étroite. Elles commencent à se mobiliser.

Permettez-moi de vous signaler un point sur lequel je reviendrai sans doute avec plus de détails.

Je n'étais satisfait d'aucun des pansements qu'on applique sur les greffes de Thiersch. Aussi ai-je pris le parti de ne mettre aucun pansement direct et cela grâce à l'artifice suivant.

Je suspends le membre greffé dans une boîte close. Dans l'intérieur de la boîte, on place du trioxyméthylène de façon que les vapeurs de formol qui en émanent y entretiennent une asepsie relative. On ajoute du chlorure de calcium pour assécher l'air que les évaporations rendent très humide. Pour compléter cet assèchement et aussi pour agir sur les cellules épidermiques, on fait passer de temps en temps dans la boîte un courant d'oxygène.

Le malade que je vous présente a été soigné de cette façon. Vous pouvez voir que le résultat est très satisfaisant.

Présentations de pièces.

Grossesse tubaire.

M. Picherin présente une pièce de grossesse tubaire. — Renvoyé à une commission dont M. Legueu est nommé rapporteur.

Kyste congénital (?) de la paroi postéro-latérale de l'abdomen.

M. E. Potherat. — Le kyste que je vous présente, Messieurs, est assez difficile à cataloguer au point de vue de son origines ainsi que va vous le montrer l'exposé des connexions observées au cours de l'opération : et ce n'est que par élimination que je suis arrivé à faire de cette lésion un kyste congénital de la paroi postéro-latérale gauche de l'abdomen,

La malade qui le portait est une femme âgée de quarante-quatre ans ne présentant aucun passé pathologique méritant d'être invoqué en l'espèce, Depuis assez longtemps elle avait remarqué que le fait de se serrer à la taille provoquait une gêne de plus en plus grande. Aussi avait-elle pris l'habitude de se relâcher de plus en plus à la ceinture. En ces derniers mois des douleurs survinrent qui la conduisirent à s'examiner plus attentivement dans une glace. Elle constata alors qu'une forte tuméfaction se manifestait au niveau de l'hypocondre gauche.

Effrayée par cette découverte, bien qu'en dehors des douleurs elle n'éprouvât aucun trouble fonctionnel digestif ou autre, elle s'en fut consulter son médecin qui me l'adressa.

Quand je la vis, le rebord thoracique gauche, était soulevé par une tuméfaction globuleuse, volumineuse, mate à la percussion, envahissant la région de l'épigastre en dedans, s'étendant jusqu'auprès de l'ombilic en bas, jusqu'à la région lombaire, sans l'envahir, en dehors. Cette tuméfaction occupait, en somme, toute la région de la grande tubérosité de l'estomac. Mate partout, bien limitée, non douloureuse à la palpation, lisse, régulière, tendue, rénitente et même fluctuante, elle avait tous les caractères d'une tumeur kystique. Pas de frémissement vibratoire. J'ai déjà dit qu'en dehors des douleurs locales, spontanées, cette tumeur, bien que très volumineuse, ne déterminait aucun trouble manifeste. La première idée qui s'imposait à l'esprit était que nous nous trouvions en présence d'un *kyste hydatique*. C'est le diagnostic que je portai. Quelle était son implantation? le rein, la rate, le foie? Il était difficile de se prononcer. Il était bien à gauche pour être un kyste du foie; cependant considérant qu'il se déplaçait un peu dans les mouvements respiratoires, qu'il n'existait pas entre lui et le foie de sonorité manifeste, que les kystes du foie sont plus fréquents, je m'arrêtai à cette hypothèse, tout en demandant qu'une recherche des sels biliaires dans les urines vînt nous éclairer, recherche qui d'ailleurs ne fut point faite.

Au reste vis-à-vis du traitement l'origine réelle importait peu. J'opérai donc la malade par une laparotomie latérale, faite sur la partie la plus saillante de la tumeur.

Arrivé dans le péritoine, j'eus une première surprise. Le grand épiploon était étalé sur le kyste, et y adhérait fortement. Je lui fis une brèche dont j'écartai les lèvres, et par là je ponctionnai la poche; nouvelle surprise. Le liquide qui s'écoula d'ailleurs très difficilement était noirâtre, épais, très visqueux, analogue à celui qu'on trouve dans certains kystes mucoïdes de l'ovaire. Le contenu était supérieur à trois litres.

La poche vidée presque totalement par aspiration, je recherchai les organes du voisinage; je ne vis ni le rein, ni la rate, ni le foie; seul l'estomac m'apparut situé en haut et en dedans.

Dans ces conditions je me mis en devoir d'amener tout ce que je pourrais de la poche; pour cela je la décollai lentement des liens cellulo-vasculaires qui l'entouraient, et, avançant de proche en proche, j'arrivai ainsi jusque dans les profondeurs de l'abdomen au contact de la paroi postéro-latérale. Chemin faisant j'avais rencontré quelques gros vaisseaux surtout veineux que j'avais liés. Finalement, et continuant toujours le décollement, je

vis venir à moi la poche en totalité, sans que j'aie rencontré un pédicule, absolument comme se libère un kyste para-ovarien. A aucun moment je ne vis ni la rate, ni le rein. L'hémostase faite, je laissai deux drains par précaution, et je refermai l'abdomen. Les drains furent enlevés au bout de quelques jours; il y a maintenant dix-huit jours que la malade a été opérée, aucun incident n'est venu entraver les suites de cette intervention.

L'examen de la poche, partout lisse, régulière, de même épaisseur, ne montre en aucun point de pédicule ni de hile vasculaire. Ni le foie, ni le rein, ni la rate, ni aucun organe de l'abdomen ne peut être invoqué pour expliquer l'origine de cette poche kystique simple. C'est pourquoi je pense qu'il s'agit d'un kyste par inclusion de la paroi postéro-latérale de l'abdomen.

Malgré ces notions insuffisantes, j'ai pensé que cette pièce, somme toute très rare, méritait de vous être présentée.

M. Monod. — Je n'ai pas entendu M. Potherat prononcer le nom du pancréas comme lieu d'origine possible du kyste qu'il a opéré.

J'ai, la semaine dernière, observé à Saint-Antoine une jeune malade portant sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, une tumeur que nous prîmes, nous aussi, pour un kyste hydatique du foie.

Il s'agissait en réalité d'un kyste situé derrière l'épiploon étalé au devant de lui, contenant un liquide noirâtre évidemment sanguin. Ce kyste était considérable, la main s'y enfonçait facilement tout entière, pénétrant jusqu'au devant de la colonne vertébrale. Mon impression, ainsi que celle de M. Launay et des internes qui m'assistaient, fut que nous nous trouvions en présence d'un kyste du pancréas.

L'ablation de la poche, très adhérente, paraissant impossibe ou trop dangereuse, je me contenterai — comme, au reste, on l'a fait d'ordinaire en pareil cas — de la marsupialiser, après résection partielle, et de drainer. L'opérée est aujourd'hui en voie de guérison

M. Routier. — Je viens justement d'opérer une malade qui m'avait été envoyée comme atteinte de kyste hydatique du foie; la tumeur, qui était énorme, débordait surtout à gauche de la ligne médiane.

Cette tumeur a grossi tout d'un coup, de façon à gêner la respiration.

Je l'ai opérée le 5 juin. Après incision médiane, je suis tombé sur l'estomac distendu, étalé sur la tumeur.

C'est entre l'estomac et le côlon que j'ai dû aborder cette tumeur.

Il m'a été impossible de la décortiquer, je l'ai ouverte et j'ai

donné issue à 12 litres d'un liquide brunâtre, sans apparence d'hydatides.

Sur la paroi interne lisse, en deux ou trois points, j'ai trouvé une sorte de magma dur, caséeux dont je donnerai plus tard l'examen.

Ce kyste siégeait dans l'arrière-cavité de l'épiploon, je ne saurais dire d'où il vient.

M. E. Potherat. — Je demande la permission de répondre à M. Monod que je n'ai pas examiné l'hypothèse d'un kyste du pancréas.

Dans son cas, M. Monod indique une origine pancréatique au kyste qu'il a opéré, mais fait là une hypothèse, puisque, n'ayant pas enlevé le kyste en totalité, il n'a pu voir son origine sur le pancréas.

Dans mon cas, le kyste a été enlevé en totalité, par énucléation; j'ai suivi centimètre par centimètre la paroi; nulle part je n'ai vu le pancréas; toutes les connexions de la tumeur je les ai palpées; elles étaient toutes celluleuses, molles quoique solides, et nulle part je n'ai vu ni senti le tissu résistant et grenu qui caractérise le pancréas.

Tuberculose utérine et annexielle.

M. Paul Reynier. — Je vous présente un utérus tuberculeux; sur la face postérieure de cet utérus on voyait une grosseur du volume d'une noix, qui pouvait être prise au premier abord pour un fibrome, mais qui était une gomme tuberculeuse, caséeuse, développée en plein tissu utérin, et faisant saillie sous le péritoine. Les annexes ne laissaient aucun doute sur la nature des lésions qu'elles présentaient. La trompe, rouge, bosselée, contenant par places du pus et du caséum, avait sa surface rouge parsemée de granulations caractéristiques.

Ces annexes et cet utérus ont été enlevés par la voie vaginale, mais dans les conditions suivantes, qui méritent d'être relatées, car elles montrent la difficulté, trop souvent, du diagnostic en pareil cas. Or, c'est sur cette difficulté du diagnostic que je désire attirer votre attention, très heureux si je pouvais voir cette question mise un jour à l'étude par vous; car si nous connaissons la tuberculose génitale de la femme, la symptomatologie en est encore très peu précise.

Ma malade était entrée le 20 avril dans mon service. Accouchée

normalement au mois d'octobre dernier, elle avait eu jusqu'au mois d'avril ses règles régulièrement. Mais elle avait vu son ventre grossir, et avait éprouvé des douleurs vagues, qui l'avaient amenée à nous consulter. A son entrée, nous avons constaté en effet par le toucher vaginal et le palper abdominal, à gauche de l'utérus, une tuméfaction du volume d'une tête de fœtus, peu douloureuse à la pression. Le col utérin était sain, et si l'utérus était du côté gauche immobilisé, le cul-de-sac droit paraissait libre. La malade avait à son entrée un peu de fièvre; mais cependant elle n'avait pas de ballonnement du ventre. Elle ne toussait pas, disait n'avoir jamais été malade, et n'avoir jamais craché de sang.

Devant l'aspect sain du col utérin, dont l'origine ne laissait sourdre rien d'anormal, devant cette unilatéralité de la lésion, son volume, nous crûmes devoir rejeter l'idée d'une collection purulente, et nous pensâmes à une hématocèle, ou une grossesse extra-utérine. Toutefois, le renseignement que nous donnait la malade nous faisait hésiter; car elle n'avouait aucun arrêt de règle, les dernières règles ayant eu lieu dans les premiers jours d'avril, avant son entrée. Elle nous disait cependant qu'elles avaient été moins abondantes.

Hésitant sur le diagnostic, nous la gardâmes en observation, lui mettant de la glace sur le ventre.

Or les règles du mois de mai, du mois de juin, ne vinrent pas, nous confirmant dans le diagnostic de grossesse extra-utérine; et plus nous l'observions, plus ce diagnostic s'imposait à nous; aussi, nous décidant à l'opérer à cause de la fièvre qu'elle avait présentée au début, et qui revenait de temps en temps, craignant une hématocèle infectée, je voulus commencer par une ponction vaginale. Celle-ci ne retira que du sang. J'avais fait, comme je fais toujours en pareil cas, quand je crains une grossesse extra-utérine, préparer ce qu'il fallait pour une laparotomie ; et devant le résultat de la ponction vaginale, j'ouvris le ventre. Or, cette ouverture nous amena sur un péritoine fusionné avec l'épiploon; celui-ci s'étendait jusqu'au pubis. En vain nous essayâmes de pénétrer : cet épiploon enflammé saignait tellement que nous crûmes devoir nous arrêter, et ne pas prolonger ce décollement qui nous paraissait dangereux, et que je refermai le ventre. Revenant alors à la voie vaginale, je tentai l'hystérectomie, et arrivai en effet à enlever l'utérus, que je vous présente, et l'annexe droite. Malheureusement, il me fut impossible d'enlever l'ovaire gauche, adhérent, et fusionné avec une énorme masse épiploïque.

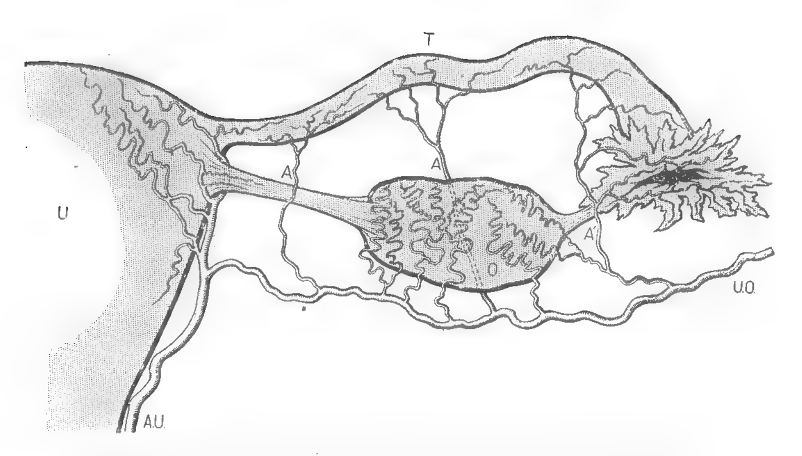
Ma malade, opérée il y a huit jours, va bien. Mais que lui réserve l'avenir? Toujours est-il que ce cas m'a paru intéressant

pour montrer combien la tuberculose génitale peut se présenter à nous sous des formes cliniques qui peuvent faire penser à toute autre affection, et en rendent le diagnostic très difficile.

Le secrétaire annuel.

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



Vaisseaux artériels de la trompe droite, d'après une préparation de M. le Dr RIEFFEL, chef des travaux anatomiques (1).

A.U. Artère utérine.

A' artère dont il faut pincer la seule branche tubaire sans prendre le rameau qui va à l'ovaire.

A. Artères partant de l'anastomose utéro-ovarienne et de l'utérine pour se rendre directement et séparément à la trompe ; elles nécessitent des ligatures spéciales pour chacune.

U.O. Artère utéro-ovarienne.

O. Ovaires.

U. Utérus.

T. Trompe.

(1) Figure de la communication de M. Tuffier sur la *Conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites* (séance du 7 juin 1905).

SÉANCE DU 21 JUIN 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un travail de M. Alphonse HUGUIER, candidat au prix Marjolin Duval, intitulé : *Traitement des ankyloses par l'interposition musculaire.*

3°. — M. TUFFIER dépose un mémoire de M. Rallidis, intitulé : *Un cas de kyste hydatique du sommet du poumon gauche.* — Travail renvoyé à une Commission dont M. TUFFIER est nommé rapporteur.

4°. — M. QUÉNU dépose : 1° Un mémoire de M. Barnsby, intitulé : *Grossesse extra-utérine à terme. Laparotomie et guérison* ;
2° Un mémoire de M. BRIN, intitulé : *Cholédochoentérostonie suivie de guérison.*
Ces deux travaux sont envoyés à une commission dont M. QUÉNU est nommé rapporteur.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

MM. LEGUEU et QUÉNU se plaignent que, depuis quelques semaines, les Bulletins paraissent irrégulièrement, et en retard.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL demande que l'on attende la présence de M. Picqué, secrétaire annuel, pour faire une réclamation, car le secrétaire annuel seul est au courant des véritables causes de ces irrégularités.

A l'occasion du procès-verbal.

Dégénérescence épithéliale d'un moignon vaginal à la suite d'une hystérectomie totale pour salpingite.

M. Quénu. — Il est nécessaire, je pense, que, au fur et à mesure que les hasards de la clinique nous les fournissent, nous apportions ici les documents susceptibles d'éclairer la question de la dégénérescence cancéreuse du moignon de col à la suite des hystérectomies subtotales.

Aujourd'hui, je présente tout autre chose : je viens d'observer une dégénérescence épithéliale avancée d'une cicatrice vaginale survenue quatre ans et demi après une hystérectomie totale pour salpingite. Ma malade, âgée de cinquante et un ans, fut opérée le 12 janvier 1900, pour une salpingite double. Je crus devoir faire une totale. Jusqu'à il y a quatre mois, la santé a été bonne ; à cette date, des pertes sont apparues. Aujourd'hui, j'ai constaté une dégénérescence cancéreuse de la cicatrice vaginale.

Cette observation prouve avec d'autres que l'hystérectomie totale ne met pas à l'abri de la dégénérescence cancéreuse des moignons. On pourrait m'objecter que je n'ai pas réséqué assez largement, mais alors s'il faut faire une résection large de vagin, vous avez une opération délicate que vous ne pouvez plus mettre en parallèle avec l'opération simple qu'est la subtotale.

M. Richelot. — Je pense, comme J.-L. Faure (*Soc. de chir.*, 7 juin 1905), que la discussion est épuisée, au moins pour un temps, et qu'il est inutile de répéter à satiété ce que j'ai déjà dit, notamment ce fait que l'hystérectomie totale pour fibromes, quand elle est bien comprise, n'est ni plus difficile ni plus grave que la subtotale, et que « l'impression » des chirurgiens cités par notre collègue est une pure illusion, ayant pour origine les raisons que j'ai dites (*Soc. de chir.*, 9 décembre 1903). Pour toute réponse à son argumentation du 7 juin, je me borne à consigner dans notre Bulletin la note suivante, que je dois à l'obligeance de M. le Dr Delangre, de Tournai.

« J'ai pratiqué, en 1900, m'écrit notre collègue de Belgique, l'extirpation d'un moignon utérin atteint de cancer, chez une femme qui avait subi, en 1898, l'hystérectomie subtotale pour fibrome à la clinique chirurgicale d'une Faculté belge.

« Un second cas m'est entièrement personnel. Il s'agit d'une femme à laquelle j'ai enlevé, en 1901, par la subtotale, un fibrome

utérin du volume d'une tête d'enfant; en 1904, j'ai dû pratiquer l'exérèse du moignon utérin devenu épithéliomateux.

« Dans les deux cas, la nature maligne de la lésion a été confirmée par l'analyse microscopique. »

Les deux observations de M. Delangre portent à vingt-quatre le nombre des faits que j'ai pu mettre au jour depuis notre première discussion.

M. J.-L. Faure. — J'ai fait, ce matin même, sur une femme dont le col était suspect, une hystérectomie totale pour fibrome. Et je dois dire que la façon dont s'est passée cette opération n'est pas faite pour me la faire préférer à la subtotale. J'ai eu des difficultés sérieuses pour l'hémostase, qui m'a demandé, à elle seule, plus de temps que ne m'en prend ordinairement l'opération complète par subtotale. Il n'y a pas de comparaison, au point de vue du délabrement pelvien entre une totale vraie et une subtotale. Et j'ai la conviction que tous ceux qui, comme moi, ont fait autrefois la totale et qui font aujourd'hui la subtotale, est que, dans les mêmes mains, car il est très difficile de comparer les résultats de chirurgiens différents, la subtotale est sensiblement moins grave que la totale. Je me crois donc en droit de répéter ce que j'ai déjà dit, à savoir que je comprends mal pourquoi on s'astreindrait à faire dans tous les cas une opération plus longue, plus difficile, plus hémorragique pour arriver à avoir en bloc des résultats moins satisfaisants.

M. Richelot nie qu'il y ait des difficultés de l'hémostase dans la totale. Il nie aussi qu'il y ait plus de délabrements et plus de dangers.

M. J.-L. Faure. — Je ne puis que répéter ce que je viens de dire et j'ai la conviction que tous ceux qui ont fait les deux opérations et sont venus de la totale à la subtotale ont certainement l'impression que la totale est plus grave.

M. Poirier. — J'ai longtemps fait l'hystérectomie totale, et, comme J.-L. Faure, je l'ai abandonnée pour la subtotale, moins longue, moins dangereuse. Je reconnais qu'en laissant le col utérin, je laisse à la femme un risque de cancer du col; mais, ce risque très faible, ne peut être mis en comparaison avec la gravité réelle de l'hystérectomie totale.

Ce qui allonge l'hystérectomie totale c'est l'hémostase de la tranche vaginale ; je ne sais comment Richelot la fait ; pour moi, elle constitue un temps assez long et pénible.

Dans les cas de luxation récidivante de l'épaule.

M. Ricard. — J'ai toujours fait la capsulorraphie dans les cas de uxation récidivante de l'épaule avec de la grosse soie plate. C'est qu'en effet, le catgut se résorbe rapidement et la coaptation des tissus fibreux ne me paraît donner qu'une solidité bien précaire et peu capable de résister à de grands efforts. La soie en s'entremêlant avec les tractus fibreux des ligaments capsulaires forme au contraire un feutrage très solide et définitivement solide.

Notre collègue Picqué n'utilise pour la capsulorraphie qu'une seule incision rectiligne dans le sillon pectoro-deltoïdien. J'y ajoute toujours une incision en L renversé qui me permet de découvrir une grande surface de la capsule et de donner un plus large point d'appui aux points de fils de soie.

Sur les opérations conservatrices des ovaires et de l'utérus dans les annexites.

M. J.-L. Faure. — La question soulevée par M. Tuffier est des plus intéressantes. Elle n'est d'ailleurs pas nouvelle et est en principe depuis longtemps résolue. Il est évident qu'il n'est pas indifférent pour une femme de conserver la fonction menstruelle et que, lorsque nous le pouvons, nous devons agir de façon à la respecter, ce qui implique la conservation de l'utérus et des ovaires, ou tout au moins de l'un des deux ou même d'un simple segment.

Aucun de nous ne peut songer à sacrifier de parti pris des ovaires sains ; aucun de nous ne peut songer davantage à conserver de parti pris des ovaires malades. Mais c'est ici que les divergences commencent, et si nous sommes tous d'accord en principe, en fait nous agissons souvent de façon différente, parce qu'il est extrêmement difficile distinguer, même lorsqu'on les a sous les yeux, les ovaires sains des ovaires qui ne le sont pas. Toute la question est là, et si nous n'agissons pas tous de même, c'est, je le répète, parce que nous différons dans l'appréciation exacte de l'état des ovaires.

L'ovaire est un organe polymorphe. Il n'y en a pas deux qui se ressemblent, et j'avoue qu'il m'est personnellement très difficile, dans un grand nombre de cas, de reconnaître si l'ovaire que j'ài sous les yeux est sain ou atteint de quelque dégénérescence. Cela tient uniquement à ce que l'ovaire renferme souvent à la fois des

poches kystiques normales, les vésicules de Graaf et des poches kystiques anormales, les kystes proprement dits, qui prolifèrent et se développent au point de donner lieu aux grandes formations kystiques que l'on rencontre si souvent.

Or, il est impossible de distinguer les uns des autres les follicules de Graaf normaux des microkystes pathologiques, ou de certains kystes destinés à prendre de grandes dimensions, mais qui sont encore au début de leur évolution. Aussi m'est-il difficile de comprendre comment on peut, par exemple, pratiquer avec quelque précision la résection de l'ovaire en enlevant certains kystes soi-disant pathologiques et en en laissant d'autres qui sont soi-disant normaux. Rien ne nous dit que ceux que l'on enlève ne sont pas des vésicules de Graaf, tandis que ceux que l'on respecte sont au contraire précisément, au moins pour un certain nombre d'entre eux, des productions pathologiques.

Si la conduite à tenir vis-à-vis des ovaires, et par conséquent de l'utérus, lorsque les trompes sont malades et doivent être sacrifiées, est très simple en théorie, il n'en est donc pas de même en pratique.

Dans les cas ou les ovaires sont évidemment sains, le devoir du chirurgien est bien simple, il doit les conserver. S'ils sont évidemment malades, ce devoir n'est pas moins simple, il doit les enlever. Mais lorsque l'état des ovaires est douteux, ce qui est, d'après ce que j'ai vu, le cas le plus commun, alors toutes les hésitations sont permises et toutes les conduites peuvent se justifier.

Pour ma part, j'attribue une grande importance à la douleur. Je crois que dans les annexites la douleur est due à un état pathologique des ovaires plutôt qu'à une altération des trompes, car nous savons combien certaines salpingites peuvent rester indolentes et combien, au contraire, certaines ovarites scléreuses peuvent faire souffrir. Je recherche donc avec soin, avant toute opération, si la malade souffre dans la région ovarienne. Si elle ne souffre pas, et que l'ovaire, lorsqu'on l'a sous les yeux, n'est pas de ceux qui sont évidemment malades, s'il paraît douteux, je crois qu'on peut, je crois qu'on doit le conserver. Si la malade souffre, je crois que dans les mêmes conditions, on doit au contraire le sacrifier. La douleur est le meilleur critérium que nous possédions de l'altération de l'ovaire, et c'est sur elle qu'il faut se guider.

Mais nous ne devons pas oublier que les erreurs d'appréciation que nous pouvons commettre, malgré l'examen le plus consciencieux des ovaires, n'ont pas les mêmes conséquences. Si les inconvénients qu'il y a à enlever des ovaires sains, chez des femmes

que l'extirpation de trompes rend infécondes, sont réels, et si les troubles de la ménopause artificielle, qu'il ne faut pas exagérer, mais qui existent, ne sont pas négligeables, ces inconvénients sont en vérité bien peu de chose à côté de ceux qu'il y a à conserver des ovaires malades. Ici, ce sont les douleurs qui continuent, c'est la maladie qui se perpétue et quelquefois s'aggrave, ce sont les angoisses, les incertitudes et les dangers d'une opération nouvelle que la persistance des accidents rend parfois nécessaire.

Il est donc sans aucun doute plus grave de conserver des ovaires malades que de sacrifier des ovaires sains, et pour ma part, j'avoue qu'ayant été un certain nombre de fois, obligé de réopérer des femmes auxquelles j'avais voulu conserver des annexes suspectes, j'ai une tendance à être plutôt radical, pensant qu'il vaut mieux, chez une femme à laquelle l'extirpation des trompes enlève toute possibilité de devenir mère, risquer les troubles, en général légers, produits par la castration totale, plutôt que de courir les chances beaucoup plus sérieuses de voir persister les douleurs et parfois même d'affronter les dangers d'une nouvelle opération.

Quoi qu'il en soit, la communication de M. Tuffier, qui nous montre les bons résultats que peut donner, dans certains cas bien choisis, une opération économique, ne saurait que nous engager à mettre dans l'examen des ovaires, au cours des opérations pour annexites, toute la rigueur désirable. Mais j'ai bien peur que la question ne soit difficile à résoudre tant qu'on ne nous aura pas donné le moyen de reconnaître à l'œil nu les ovaires sains des ovaires pathologiques.

Sur les lipomes sous-périostés.

M. Lucas-Championnière. — En écoutant les communications relatives aux lipomes sous-périostés, je me suis convaincu que bien des faits disparates ont été réunis sous la même dénomination. Je crois bien que cette discussion ne servira qu'à montrer que les faits sont nombreux, et qu'il y a besoin d'établir des distinctions pour en tirer un enseignement quelconque. Aussi, je ne fais qu'apporter un cas pour ajouter à ceux que l'on a cités.

J'ai opéré, au commencement de l'année, un homme de cinquante-sept ans qui portait depuis de longues années à la nuque une tumeur qui avait du reste été cautérisée à demi par un empirique.

J'ai enlevé là une tumeur du volume du poing exclusivement composée de graisse et de tissus fibreux. Elle était tellement

adhérente au périoste que la dissection fut très laborieuse avec perte de sang considérable.

Cette tumeur occupait tout à fait le siège des tumeurs congénitales que l'on observe dans la région et j'aurais grande tendance à la considérer comme les tumeurs congénitales, parmi lesquelles on trouve ainsi certaines formes de tumeurs graisseuses.

Cette tumeur n'est peut-être pas comparable à celles que l'on trouve sur le périoste des os longs. Mais elle était parfaitement périostique, constituait un fibro-lipome très caractérisé, et on ne peut refuser qu'il y ait une relation au moins de composition entre ces tumeurs.

Tuberculose du cæcum.

M. Pierre Delbet. — Je veux seulement verser au débat actuel une observation de tuberculose hypertrophique du cæcum.

La malade était âgée de quarante ans, et son passé était celui d'une appendiculaire. Je l'ai opérée l'an dernier, le 14 décembre. Je n'avais point fait avant l'opération, le diagnostic de tuberculose : je croyais qu'il s'agissait d'une appendicite, et j'attribuais la tuméfaction à ces reliquats d'abcès encapsulés dans des adhérences que l'on rencontre de temps en temps.

Je fis l'incision de Jalaguier en plein sur le muscle droit dont je réclinai le bord externe après l'avoir soigneusement disséqué. J'insiste sur ce point : j'ai pu, sans grandes difficultés, pratiquer la résection iléo-cæcale par cette incision, et faire bénéficier ma malade de tous les avantages qu'elle donne au point de vue de la cicatrice.

L'abdomen ouvert, je constatai qu'il n'y avait pas d'adhérences intestinales, et que la tumeur était formée par le cæcum lui-même épaissi et violacé ; l'appendice recourbé lui adhérait intimement. Court mais gros, il avait le volume du doigt, une couleur blanc rosé, un aspect œdémateux, et semblait presque translucide.

Je pris immédiatement le parti de faire la résection iléo-cæcale.

Je ne crois pas utile de décrire cette résection qui est, en somme, une opération fort simple. Je note seulement que j'ai enlevé dans le mésentère deux ganglions assez volumineux.

J'insisterai un peu plus sur le rétablissement de la continuité intestinale. J'ai fait une anastomose bout à bout, termino-terminale.

Un premier surjet comprenant toute l'épaisseur des parois intestinales les a affrontées bout à bout ; puis j'ai invaginé l'iléon dans

le côlon d'un centimètre et demi environ et fixé par un surjet le collier de l'invagination ainsi produit au cylindre invaginé.

La paroi abdominale a été suturée à trois plans sans aucun drainage.

Je n'ai rien à dire des suites opératoires qui n'ont présenté aucun incident. Les fils ont été enlevés le 25 décembre : la réunion par première intention était complète La malade est sortie de la maison Dubois, le 11 janvier, dans un état de santé parfait.

Les lésions occupaient la paroi interne du cæcum, et paraissaient s'être développées au niveau de la valvule de Bohain. Elles étaient plus considérables au-dessous d'elles, vers le fond, du cæcum qu'au-dessus du côté du côlon.

Dans tous les points malades, l'aspect de la face interne du cæcum était absolument celui d'un rectum atteint de rectite hypertrophique proliférante. Certainement, si l'on m'avait présenté cette pièce par la face interne, je n'aurais pas hésité à la reconnaître pour une rectite proliférante. Cette identité d'aspect n'a d'ailleurs rien qui puisse surprendre, puisque nous savons que la rectite proliférante est le plus souvent d'origine tuberculeuse.

L'examen histologique a permis de constater l'existence de cellules géantes.

Malheureusement, rien n'a été noté dans l'observation sur l'appendice, en dehors de son épaisissement et de son aspect œdémateux dont j'ai déjà parlé.

Messieurs, je vous demande la permission de revenir en quelques mots sur la suture intestinale que j'ai pratiquée. Comme j'ai parlé d'invagination, on pourrait croire que je suis revenu à l'ancienne suture avec invagination ou suture de Randhor. Il n'en est rien, Randhor affrontait la surface séreuse du bout supérieur avec la surface muqueuse du bout inférieur. Bichat et Richerand ont montré que les surfaces muqueuses sont de toutes, celles qui ont le moins de tendance à contracter des adhérences. La suture de Randhor est condamnée depuis cette époque, et je n'ai nulle intention de la ressusciter.

La suture que j'ai employée dans ce cas se rapproche plutôt de celle de Jobert, dont Velpeau dit qu'il lui manque d'avoir été mise en usage sur l'homme vivant.

J'ai affronté les deux séreuses sur une étendue considérable, en faisant seulement deux surjets. Étendue de l'affrontement et simplicité de la technique, tels sont les deux avantages qui me paraissent faire, de cette suture, un excellent moyen de réunir deux bouts d'intestin divisé. Je ne crois pas qu'il en soit de plus sûr ni de plus rapide. L'anastomose latéro-latérale est plus longue, puisqu'il faut commencer par fermer les deux bouts sectionnés.

Je ne sais si cette suture a déjà été employée. Cela me paraît infiniment probable, car, dans les conditions où je me suis trouvé, elle se présente forcément à l'esprit de tout chirurgien qui n'est pas étroitement inféodé à une technique spéciale et qui conserve, au cours de l'acte opératoire, assez de libre arbitre pour exécuter, dans chaque cas particulier, ce qui doit donner le meilleur résultat avec le minimum de temps et d'effort.

M. Doyen a décrit une suture qu'on pourrait confondre avec celle dont je viens de parler. En réalité, elle en diffère profondément. Si j'en crois l'excellente figure du traité de MM. Monod et Vanverts, M. Doyen commence par retourner l'un des bouts de l'intestin, muqueuse en dehors, ainsi que je le représente sur cette figure. Puis, il invagine le bout retourné dans l'autre bout.

Un coup d'œil superficiel pourrait faire croire que cette figure n'est que la figure retournée de la suture que j'ai faite. Si vous y regardez de près, vous verrez qu'elle en diffère profondément.

En effet, avec l'invagination telle que la fait M. Doyen, la ligne de suture totale se trouve au niveau du collet de l'invagination, c'est-à-dire en fort mauvaise posture, c'est-à-dire au point où il y a le plus de tiraillement et au point où la moindre fissuration présenterait le maximum de danger.

Au contraire, avec l'invagination telle que je l'ai pratiquée, la ligne de suture totale se trouve dans le cylindre invaginant, en un point où un petit suintement le long des fils ne peut avoir aucun inconvénient, et elle est bien protégée par un large adossement séro-séreux.

Ainsi donc, s'il y a une ressemblance, elle n'est qu'apparente. En réalité, la suture de M. Doyen et celle dont je parle diffèrent profondément.

Je disais tout à l'heure, Messieurs, que l'abouchement latéro-latéral est d'une exécution un peu plus longue que le procédé d'invagination auquel j'ai eu recours. Ne vous méprenez point sur mes intentions. Je ne veux point du tout battre en brèche l'anastomose latéro-latérale. Elle est excellente et, certainement, j'y aurai recours encore, car la suture par invagination, que je défends, a un inconvénient grave, celui d'être rarement applicable.

Pour qu'elle puisse être exécutée facilement et sûrement, il faut, en effet, des conditions qui ne sont qu'exceptionnellement réalisées. Voici quelles sont ces conditions :

Il faut d'abord que les deux segments d'intestin à réunir soient d'un calibre inégal mais peu différent, le bout inférieur étant d'un diamètre un peu plus considérable que le bout supérieur.

Il faut que le bout inférieur soit mince et souple, de façon qu'il puisse se retourner aisément sans faire un trop gros bourrelet. La

minceur de la paroi, qui est une circonstance fâcheuse avec les autres modes de suture, devient ici favorable.

Il faut enfin que le mésentère soit mince et souple.

Toutes ces conditions ne peuvent guère se trouver réalisées que dans les anastomoses iléo-coliques. Encore ne le seront-elles pas toujours. Elles ne le seront pas chez les sujets gros, à mésentère épais, à côlon chargé d'appendices épiploïques (il est vrai qu'on ne fait guère de résection iléo-cæcale sur des obèses), elles ne seront pas sur des sujets dont le côlon est largement adhérent et peu mobile.

Il est donc bien certain que ses indications sont rares, voire même très rares; mais lorsqu'elle est indiquée, c'est-à-dire lorsque les deux bouts à anastomoser sont de calibre légèrement différent avec prédominance du bout inférieur, lorsque le mésentère est mince, lorsque le bout inférieur est souple et mobile, je crois qu'il n'en est pas de plus facile, de plus rapide ni de plus sûre.

M. F. Legueu. — Il existe plusieurs formes anatomiques en effet de la tuberculose du cæcum, et j'ai eu l'occasion d'en observer deux au moins très différentes.

En 1901, j'ai opéré une malade que m'avait confiée le professeur Dieulafoy : elle présentait depuis un certain temps des douleurs dans la fosse iliaque droite avec de la diarrhée. On sentait à droite une tumeur du volume et de la forme d'une poire. M. Dieulafoy porta le diagnostic de tuberculose chronique du cæcum et voulut bien nous demander d'opérer cette malade. Je trouvai un cæcum très réduit et épaissi, avec un appendice intact : les lésions se prolongeaient très bas sur le côlon ascendant et l'angle du côlon transverse. Il y avait dans le mésentère *quelques ganglions*. J'enlevai le tout et suturai bout à bout l'intestin grêle avec le côlon transverse.

La partie enlevée comprenait 27 centimètres de côlon, l'intestin grêle étant au contraire absolument sain.

La lésion présentait le type de ce que Dieulafoy (1) décrit dans ses cliniques où il relate cette observation, sous le nom de tuberculose hypertrophique du cæcum. Le cæcum est enveloppé d'un manchon de fibrolipome, les parois sont comme fibroïdes et le calibre de l'intestin est très réduit. La lésion est muqueuse au niveau du cæcum, disséminée sur le côlon. La muqueuse est fort altérée. C'est dans la couche sous-muqueuse, fibreuse et vasculaire qu'existe la prolifération tuberculeuse.

(1) Professeur Dieulafoy, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1901-1902, p. 286.

Cette malade a donné un résultat excellent au point de vue local : elle n'a depuis lors présenté aucun accident, a engraissé de tout ce qu'elle avait perdu avant l'opération et jouit d'une santé florissante.

Toute autre est la forme anatomique que j'ai eu l'occasion d'observer chez un autre malade que le professeur Dieulafoy avait encore bien voulu me confier.

Il s'agissait d'un malade d'une trentaine d'années qui présentait depuis quelques mois une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. M. Dieulafoy avait fait le diagnostic d'adénopathie iléo-cæcale tuberculeuse.

Le malade m'est adressé en juillet 1903 par le professeur Dieulafoy.

Le 8 juillet, je pratique l'incision iliaque oblique : le cæcum apparaît de suite perdu dans une masse au milieu de laquelle il est à première vue difficile de reconnaître chaque partie. Sur le côlon ascendant, les lésions s'étendent : on reconnaît là à la surface de l'intestin une série de végétations qui ne ressemblent pas à de la tuberculose. On sent au voisinage de la masse quelques masses arrondies qui ressemblent à des ganglions. Et en présence de ces lésions, nous nous demandons s'il s'agit de tuberculose ou de cancer. S'il s'agit d'un cancer, il est peut être inutile de pratiquer l'ablation de la tumeur, car les adénopathies constatées rendraient l'opération inutile. Dans le doute, nous décidons de prélever un ganglion pour en faire l'examen histologique, et c'est aussi l'avis de M. Lœper, qui assiste à l'opération.

Je circonscris donc une masse arrondie qui émerge à peine de la masse commune et que je crois être un ganglion : mais en l'excisant, je m'aperçois que ce n'est que l'extrémité, le fond de l'appendice, très adhérent à la masse, et lui-même très altéré.

J'établis un drainage et ferme la paroi.

Ultérieurement, se déclara une fistule stercorale, qui diminua de plus en plus, mais laissa à sa suite une suppuration étendue à presque toute la ligne de suture.

Au bout de trois semaines, le malade quitta l'hôpital avec promesse de revenir en septembre.

La réponse du laboratoire ayant été favorable au point de vue de la tuberculose, l'extirpation de la tumeur fut décidée lorsque le malade se présenta de nouveau à moi le 15 septembre.

A ce moment, il avait sur ce trajet de l'ancienne cicatrice une fistule pyostercorale, purulente plus que stercorale, par laquelle des matières liquides seulement s'échappaient de temps en temps et surtout quand il prenait un purgatif.

Pendant huit jours le malade fut préparé. Le 21 septembre l'opération fut pratiquée.

Le malade est anesthésié au chloroforme; après que la région a été de nouveau lavée comme de coutume, je cautérise au thermocautère tous les trajets fistuleux afin de diminuer dans une certaine mesure la septicité qui pourrait être dangereuse pour le péritoine. Puis, protégeant soigneusement avec des compresses la région contaminée, je trace une grande incision courbe en dedans de la première et j'ouvre tout de suite le péritoine. Les lésions sont reconnues, les deux anses d'intestin afférentes et efférentes à la lésion sont sorties du ventre, et le reste de la cavité péritonéale est soigneusement protégé par des compresses.

L'intestin grêle est écrasé à la pince à quelques centimètres du cæcum et coupé ; de même pour le gros intestin à quelques centimètres au-dessus des lésions appréciables. Dès lors, le segment malade de l'intestin est exclu. Je l'enlève de bas en haut en coupant le mésentère et en enlevant en même temps toute la zone de peau adhérente et fistuleuse, afin qu'il n'y ait aucune effraction et que toute la masse soit enlevée en bloc.

Une fois la masse enlevée, je ferme le gros intestin complètement par un double surjet à la soie fine. Quant à l'intestin grêle, je préfère, à cause de la différence de calibre, l'implanter latéralement sur le gros intestin. C'est ce que je fais à l'aide d'un double surjet à la soie fine. Il ne reste plus qu'à combler la surface cruentée du mésentère à l'aide d'un surjet de catgut qui réunit les deux lèvres péritonéales.

La recherche des ganglions dans cette partie voisine du mésentère est restée négative.

Deux gros drains sont laissés dans la plaie. Suture.

Ce malade a guéri, non cependant sans présenter une fistule stercorale, qui aujourd'hui encore persiste, mais très insignifiante. Il a considérablement engraissé.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait ici d'une lésion localisée principalement dans l'épaisseur de la muqueuse. La plus grande partie de la tumeur était faite par les ganglions iléocæcaux : ceux-ci, d'après la description que M. Nattan-Larier a donnée de cette pièce (1), formaient au nombre de quatre une masse de 5 centimètres environ, dure et mamelonnée.

Le cæcum, au contraire, n'est pas épaissi, mais plutôt atrophié : il y a sur la muqueuse une large ulcération. Les tubercules sont abondants au niveau des follicules clos, au niveau desquels elle a pris naissance, d'où l'envahissement précoce des

(1) Nattan-Larier. *Bulletin de la Société anatomique*, 1903, p. 887.

ganglions qui faisaient ici la plus grosse part de la tumeur et donnaient à cette pièce un aspect tout à fait différent de la première.

Cette forme *ganglionnaire* me paraît assez exceptionnelle et particulièrement intéressante.

M. Guinard. — La suture par invagination que vient de préconiser M. Delbet me rappelle absolument le procédé que j'ai appelé autrefois « le procédé du tout à l'égout » pour la cure des hernies gangrenées. J'invaginais le bout supérieur avec la portion intestinale gangrenée, dans le bout inférieur et je faisais une suture circulaire comme le fait M. Delbet. J'ai fait faire sur ce sujet la thèse de mon élève, le Dr Groll. L'opération telle que nous l'a décrite M. Delbet me paraît donc très pratique.

Mais il faut bien avoir soin de ne pas faire l'inverse, c'est-à-dire d'invaginer le bout inférieur dans le supérieur comme je l'ai vu faire une fois. Et cela parce que, dans ce cas là, la circulation des matières va au-devant du cylindre invaginé : et ce cylindre forme une valvule analogue à la valvule iléo-cæcale; il en résulte une véritable obstruction intestinale produite par cette valvule. Dans l'invagination préconisée par M. Delbet, il y a aussi une valvule du même genre, mais elle est dans le sens de la circulation des matières, absolument comme celle qui se trouve à l'union de l'iléon et du cæcum.

Je dirai, d'ailleurs, que je reste partisan pour presque tous les cas de l'anastomose latérale. Je ne trouve pas que la fermeture des deux bouts soit aussi longue à pratiquer que l'a laissé supposer M. Delbet. C'est vraiment l'affaire d'une minute pour chaque bout. De plus, l'anastomose latérale est applicable à tous les cas, tandis que l'invagination de M. Delbet ne peut se faire que si le bout supérieur est plus petit que le bout inférieur, ce qui ne se réalise que pour l'anastomose iléo-cæco-colique. En général, le bout supérieur est plus ou moins dilaté et le bout inférieur est rétracté, et c'est la disposition inverse qui est nécessaire pour qu'on puisse pratiquer l'invagination.

M. Routier. — Je suis absolument partisan de l'entéro-anastomose latérale, qui d'après mon expérience est beaucoup plus sûre que la suture bout à bout. Elle n'est pas plus longue comme exécution. Le premier temps, la fermeture des deux bouts se fait très rapidement en liant chacun des deux bouts en bourse avec un catgut ; l'enfouissement de cette ligature en bourse est obtenue par deux ou trois points à la Lembert, puis l'anastomose latérale faite en surjet est rapidement exécutée.

Je voudrais poser une question à M. Guinard : il parle du bout

inférieur et du bout supérieur dans une hernie étranglée comme d'une chose toute courante ; comment fait-il pour distinguer le bout supérieur du bout inférieur? Je dois avouer que cette distinction me paraît être le plus souvent impossible à faire.

M. Guinard. — Le bout supérieur est toujours très dilaté, alors que le bout inférieur est rétracté.

M. Poirier. — J'avoue ne point comprendre la nécessité de ces invaginations, qui sont des complications de l'acte opératoire et qui n'ajoutent rien à la sécurité que nous donnent les procédés plus simples. Pour ma part, dans toutes mes interventions sur le tube digestif, y compris l'estomac, j'ai toujours eu recours à la suture bout à bout, en réduisant par suture le bout le plus large aux dimensions du bout le plus petit, pour procéder ensuite comme tout le monde, à la réunion des bouts en présence : je n'ai jamais constaté d'échec, c'est pourquoi je me tiens au procédé le plus simple, qui est aussi le plus naturel.

M. Walther. — J'ai dans deux cas obtenu le même résultat que M. Delbet en plaçant d'avance sur les parois des deux bouts et à une assez grande distance de la section de l'intestin quatre fils en anse qui étaient rapidement noués après la suture circulaire et l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur.

Communication.

De l'anesthésie par le chloroforme après injection sous-cutanée de scopolamine,

par M. C. WALTHER.

Messieurs, dans la séance du 15 février dernier, M. le professeur Terrier vous a fait un rapport sur un travail de M. Desjardin, relatif à « l'emploi de la scopolamine comme anesthésique général en chirurgie ». Dans ce travail très documenté et qui a vivement frappé votre attention, M. Terrier a insisté sur les avantages de la scopolamine et en a signalé aussi quelques inconvénients.

La technique employée dans les observations relatées au cours de ce rapport était celle de Bloch, de Fribourg, à savoir trois injections successives faites à une heure d'intervalle, la dernière une heure avant l'opération.

Depuis le 11 mai j'ai employé la scopolamine, et les effets de cet agent m'ont semblé si satisfaisants que j'ai cru devoir vous apporter ici ces premiers résultats. Ils ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir tirer de leur étude des conclusions définitives ;

je n'ai que 56 observations à vous donner : c'est assez cependant pour un premier contrôle de la méthode, d'autant plus que les effets obtenus ont été, à peu de chose près, toujours les mêmes.

La technique que j'ai employée diffère essentiellement de celle qu'avait étudiée M. Terrier dans son rapport. Je n'ai jamais fait qu'une seule injection de scopolamine avant la chloroformisation. Ce n'est donc pas l'anesthésie complète par la scopolamine, mais bien l'anesthésie chloroformique précédée d'une injection de scopolamine.

Cette méthode avait été signalée par M. Terrier sous forme de renseignement et parlant de la contracture de la paroi abdominale, M. Terrier nous disait : « Il paraît qu'en utilisant d'autres techniques que celle que nous avons suivie, par exemple en ne faisant qu'une seule injection sous-cutanée de scopolamine, cette contracture, qui contre-indiquerait l'emploi de la scopolamine dans toutes les opérations abdominales, disparaîtrait. »

Voici exactement la technique que j'ai suivie : J'ai employé la solution dont M. Terrier nous a donné la formule à savoir :

Eau distillée	1 centimètre cube.
Bromhydrate de scopolamine. . . .	1 milligramme.
Chlorhydrate de morphine.	1 centigramme.

Un centimètre cube de cette solution est injecté au malade une heure avant l'opération. Mon ami M. Desjardins, qui m'avait conseillé l'emploi de la méthode et qui a bien voulu me guider dans mon premier essai, m'avait engagé à faire l'injection une heure et demie avant la chloroformisation. Je crois le terme d'une heure préférable, parce que certains malades se réveillent au bout d'une heure et demie, tandis qu'après une heure, le maximun d'effet m'a semblé être obtenu.

Dix à quinze minutes après l'injection, le malade se sent engourdi, légèrement somnolent et il s'endort peu à peu. Ce sommeil, M. Terrier vous l'a décrit et je n'y insisterai pas longtemps, sommeil naturel, calme, avec une respiration lente, profonde, régulière, une très légère congestion de la face, un pouls rapide mais régulier, la pupille un peu dilatée. Ce sommeil est le plus souvent léger; un mouvement, un bruit réveille le patient, il ouvre les yeux, répond plus ou moins nettement à ce qu'on lui dit, reconnaît les personnes qui l'entourent, mais retombe presque immédiatement dans son assoupissement, comme accablé par le besoin de sommeil.

Une heure après l'injection, le chloroforme est administré. Je me suis servi dans tous les cas de l'appareil de Ricard que j'emploie exclusivement depuis plusieurs mois.

Parfois le malade dort complètement, l'application du masque ne le réveille pas ; tout au plus fait-il un petit mouvement pour écarter cet objet qui le gêne, puis, une fois le masque bien appliqué, il ne remue plus, continue à dormir tranquillement et le sommeil chloroformique succède sans transition au sommeil d'apparence naturel de la scopolamine.

D'autres fois, le sommeil dû à la scopolamine est plus léger ; le malade s'éveille pendant qu'on le transporte, qu'on le remue, qu'on lui applique le masque. Il s'éveille et parle, voit ce qu'on lui fait, mais son réveil n'est pas complet ; il semble rêver et si ses paroles révèlent une conscience assez nette, il est toujours dominé par une invincible sommeil et se rendort dès que les mouvements ont cessé autour de lui.

Quelques malades enfin dorment encore moins ; c'est un demi-sommeil ; ils parlent très bien, reconnaissent tous ceux qui les entourent, se rendent compte de tout ce qui se passe, mais y sont indifférents et n'ont aucune appréhension. Une seule fois j'ai constaté une agitation un peu vive chez une jeune femme, grande nerveuse, auprès de laquelle des personnes inexpérimentées de cette méthode d'anesthésie avaient parlé à haute voix lui parlant de l'opération qu'on allait lui faire. Elle fut prise d'une agitation loquace qui céda du reste instantanément aux premières bouffées de chloroforme. Et, fait intéressant, et fréquent, elle n'en garda aucun souvenir, car le soir quand elle s'éveilla elle ignorait absolument qu'elle eût été opérée.

En tout cas, dès les premières inhalations de chloroforme, les malades se rendorment, non pas encore du sommeil chloroformique, mais de leur sommeil antérieur.

Il y a donc, et c'est là un phénomène d'observation important, passage insensible, sans transition appréciable, du sommeil de la scopolamine au sommeil chloroformique.

La période d'excitation n'existe pas ; chez certains sujets, chez les alcooliques, les nerveux, on en retrouve une sorte d'ébauche sous forme de quelques mouvements de défense. Chez un homme jeune, très vigoureux, profondément alcoolique, j'ai observé ces mouvements de défense un peu plus prolongés, avec une certaine loquacité ; mais cela n'avait rien de comparable même avec la période d'excitation très atténuée qu'on voit dans la chloroformisation avec l'appareil de Ricard. Ce sont en somme des dormeurs qu'on endort ; à leur premier sommeil on ajoute, sans provoquer de réaction, un autre sommeil.

L'administration du chloroforme a été faite suivant les règles habituelles, mais à doses plus faibles. Avec l'appareil de Ricard, on commence par donner progressivement un quart de tour de

vis, puis un demi-tour; parfois cela suffit; d'autres fois il faut aller jusqu'à un tour complet et, dès que l'anesthésie absolue est obtenue, on continue la chloroformisation en maintenant d'ordinaire l'appareil à un quart de tour, avec les quatre trous ouverts. Tout cela est bien entendu variable entre les sujets mais toujours la quantité de chloroforme nécessaire m'a semblé inférieure à la dose ordinaire.

Dès que le chloroforme a fait sentir son action, le pouls, qui jusque-là était rapide, se ralentit; il reste toujours plein et régulier.

Ce qu'il y a de plus frappant dans ce sommeil, c'est la régularité parfaite de la respiration pendant toute la durée de l'anesthésie, si longue qu'elle soit. La respiration est lente, profonde, d'un rythme toujours égal. Le visage reste toujours coloré, légèrement congestionné; je n'ai jamais observé à aucun instant de pâleur de la face, d'irrégularité du rythme respiratoire, d'irrégularité du pouls. Le sommeil a tous les caractères d'un sommeil naturel, profond; il donne à tous les assistants une impression de quiétude, de sécurité absolue.

Pendant toute la durée de l'anesthésie, la pupille reste légèrement dilatée et cette dilatation persiste encore longtemps après.

Après la cessation du chloroforme, le sommeil redevient ce qu'il était avant, sommeil léger, assoupissement qui dure un temps variable suivant les sujets, de deux à cinq heures d'ordinaire; ce sommeil post-opératoire est moins long et moins profond que celui observé par M. Terrier après les trois injections de scopolamine.

Moins persistante aussi que dans les cas de M. Terrier est l'anesthésie. Quelques malades n'ont pas souffert la nuit suivante; d'autres ont eu quelques douleurs légères; la plupart ont éprouvé des douleurs assez fortes pour rendre nécessaire une injection de morphine ou d'héroïne.

La scopolamine semble avoir une action très nette sur la sécrétion urinaire. Les urines, pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, ont été notablement plus abondantes que d'ordinaire; nous avons souvent constaté l'émission de 1.000, de 1.200 grammes d'urine, sans ingestion de boissons, sans injection de sérum.

Les vomissements post-opératoires ont été fort variables; je reviendrai dans un instant sur cette question.

Tels sont les faits qne j'ai observés. Il me reste à examiner les inconvénients et les avantages de la méthode.

Dans cette étude des inconvénients de la scopolamine, je suivrai l'ordre adopté par M. Terrier.

Le premier inconvénient, nous disait M. Terrier, est la variabilité d'action de l'anesthésique suivant les cas, les sujets et le produit

utilisé; anesthésie parfois incomplète et obligeant à avoir recours au chloroforme. De celui-là je ne parlerai pas puisque la méthode consiste non pas à obtenir l'anesthésie par la scopolamine, mais simplement à préparer et à régulariser l'anesthésie chloroformique.

Le second inconvénient signalé est la vaso-dilatation qui nécessite des précautions d'hémostase minutieuses allongeant l'opération. Avec une seule injection de scopolamine, cet inconvénient me semble ne pas exister. Je n'ai pas observé jusqu'à présent de fait d'hémorragie ou tout au moins de suintement sanguin abondant gênant ou prolongeant l'opération. Au moment de la première incision, le suintement sanguin dans le tissu cellulaire sous-cutané m'a paru être quelquefois un peu plus marqué; mais il s'arrête très rapidement de lui-même sous les compresses, sans qu'il soit besoin d'appliquer des pinces hémostatiques.

Dans mes 56 observations, j'ai fait des opérations de nature variée : 1 amputation du sein, 1 périnéorraphie, 1 amputation du col, sans rien constater d'anormal dans le suintement sanguin, quelquefois assez prononcé en pareil cas. J'ai fait 40 laparotomies, dont plusieurs pour fibromes, pour salpingites très adhérentes; je n'ai pas observé d'hémorragie aux larges surfaces de décortication des adhérences. J'ai opéré, il y a une quinzaine de jours, une jeune fille atteinte de lithiase biliaire avec adhérences nombreuses au-dessous de la vésicule; j'ai libéré toutes ces adhérences, enlevé plusieurs calculs du cholédoque par refoulement dans le canal cystique, fait la taille duodénale pour enlever un calcul enchâtonné de l'ampoule de Vater et je n'ai pas eu à mettre de ligature profonde.

Ce matin même, à la Pitié, j'ai opéré une malade qui était dans des conditions bien favorables à l'hémorragie. C'était une jeune femme enceinte de cinq mois et atteinte d'appendicite. Je n'ai encore chez elle observé aucun suintement sanguin, et notre collègue, M. Dieu, qui assistait à l'opération, a remarqué ce fait très probant.

Sans doute une plus longue expérience est nécessaire pour arriver à une conclusion ferme; j'ai peut-être été favorisé par une série de cas heureux, tout ce que je puis dire, c'est que dans 56 opérations je n'ai jamais constaté d'hémorragie ni même d'écoulement sanguin anomal.

Le troisième inconvénient, la contracture de la paroi abdominale, me semble aussi disparaître avec cette nouvelle méthode.

Au début, dans les deux ou trois premières laparotomies que j'ai faites avec la scopolamine, j'ai été un peu gêné par la contracture des droits; elle cédait assez rapidement sous la traction de l'écarteur, mais rendait plus difficiles les premières manœuvres

dans l'abdomen. Cette contracture tenait à une inexpérience de la méthode, à une anesthésie chloroformique insuffisante. En effet, comme la période d'excitation fait défaut, il est parfois assez difficile de se rendre compte du degré d'anesthésie chloroformique si on commence l'opération trop tôt. Il suffit, si on sent la paroi abdominale encore un peu résistante, de donner un peu plus de chloroforme, la contracture disparaît très rapidement. Comme je vous le disais, j'ai fait *40 laparotomies* et, sauf chez ces deux ou trois premiers malades insuffisamment anesthésiés, je n'ai jamais été gêné par la contracture des muscles de la paroi.

J'arrive maintenant à la question des vomissements. Ici j'avoue que mes premières observations ont été en contradiction formelle avec les résultats que nous avait donnés M. Terrier. Presque tous mes opérés vomissaient, quelques-uns le jour même, d'autres le lendemain. J'avais signalé le fait à M. Desjardins qui avait, au contraire, observé une série si heureuse d'anesthésies sans aucun vomissement. Nous avons cherché si les vomissements ne pouvaient pas être attribués à l'altération de la scopolamine dans une solution trop ancienne, à l'altération de la morphine, à la présence d'apomorphine dans une solution stérilisée à trop haute température. J'ai fait alors isolément une injection d'un centimètre cube de solution toute fraîche de scopolamine au millième et une injection d'un centigramme de morphine en solution aussi toute fraîche. Ces injections ont été pratiquées sur deux malades, tandis que sur une troisième que j'opérais le même jour, je me servis de l'ancienne solution; celle-ci ne vomit pas, les deux autres eurent des vomissements assez abondants. Pendant plusieurs jours, des essais analogues semblèrent montrer qu'il n'y avait là aucune différence entre l'action des diverses préparations, mais seulement des différences individuelles. Cette étude, très difficile, et qui demande une longue expérience, doit être poursuivie.

D'après ce que j'ai observé jusqu'ici, il me semble que la scopolamine n'a aucune influence heureuse sur les vomissements chloroformiques.

En résumé, les inconvénients qui existent dans la méthode des trois injections répétées disparaissent dans la méthode d'anesthésie chloroformique précédée d'une seule injection sous-cutanée d'un milligramme de scopolamine.

J'ai constaté au contraire les avantages signalés par M. Terrier :

1° Suppression de toute appréhension de l'anesthésie;

2° Suppression de la période d'excitation;

3° Persistance pendant plusieurs heures après l'opération d'un sommeil calme;

4° Augmentation de la sécrétion urinaire;

5° Enfin, avantage capital qui prime tous les autres : qualité du sommeil chloroformique. Je n'ai jamais observé, même dans l'anesthésie avec les appareils récents une semblable régularité dans le sommeil, une respiration d'un rythme aussi égal, et cela d'une façon constante dans 56 cas consécutifs.

J'ai fait autrefois des injections de morphine avant la chloroformisation, je l'avais appris de mon maître Trélat; j'ai vu faire des injections d'atropomorphine. La scopolamine me semble bien supérieure à la morphine. La meilleure preuve que j'en puisse donner est que depuis longtemps je ne fais plus d'injection de morphine pour préparer l'anesthésie chloroformique tandis que je suis résolu à continuer l'emploi de la scopolamine qui m'a donné de si heureux résultats. Je crois qu'il y a là un agent précieux, une méthode qui semble nous donner une grande sécurité dans l'anesthésie et qui mérite toute votre attention.

Je dois dire, en terminant, que je n'ai employé la scopolamine que chez des adultes. Chez des enfants de douze à quatorze ans, une injection de 1/2 milligramme m'a donné les mêmes bons résultats que chez l'adulte. Je ne m'en suis pas servi chez des enfants plus jeunes.

M. Terrier. — Dans le rapport que je fis à la séance du 15 février dernier, sur la communication de mon élève Desjardins, je présentai une très courte statistique personnelle de 23 cas d'anesthésie par les injections sous-cutanées de scopolamine. Depuis ce moment, j'ai continué à employer cette méthode qui m'a jusqu'ici donné de bons résultats, mais en modifiant la technique.

Voici tout d'abord les cas dont je peux parler sciemment. Ils sont au nombre de 53, se répartissant de la façon suivante :

Hernies	15
Hydrocèles vaginales	5
Appendicites	4
Anus iliaques	2
Éventration	1
Laparotomie pour péritonite tuberculeuse	1
Hémorroïdes	1
Abcès urineux	1
Néoplasme du sein	1
Fissure à l'anus	1
Fistule à l'anus	1
Adénite tuberculeuse du cou	1
Ostéite de l'olécrane	1
Résection de saphène	2
Amputation de cuisse	5
Séparation d'urines	2
Épithélioma de la lèvre inférieure	1
Total	45

A ces 45 cas observés dans le service de la clinique, si on ajoute :

1 Autoplastie de la face (Gosset), en ville.
3 Appendicites (Desjardins), en ville.
1 Hématocèle pelvienne (Desjardins), en ville.
1 Epithélioma de la face (Desjardins), en ville.
1 Currettage (Desjardins), en ville.
1 Gastro-entérostomie (Desjardins), en ville.

Total. 8

Soit : 53 cas.

J'ajouterai quelque courtes réflexions explicatives.

Tout d'abord, j'ai modifié ma technique, en ce sens qu'au lieu de faire, comme au début et à la manière des Allemands, 3 injections de 1 milligrame chacune, quatre heures, deux heures et une heure avant l'opération, je ne fais plus maintenant qu'une seule injection de 1 milligramme deux heures avant l'opération.

En effet, j'avais obtenu avec 3 injections une anesthésie complète et suffisante dans seulement 26 p. 100 des cas, chiffre à peu près identique à celui obtenu en Allemagne. Dans 74 p. 100 des cas, j'avais été obligé de compléter l'anesthésie insuffisante par quelques inhalations chloroformiques. Or, puisque dans 76 p. 100 des cas il fallait donner du chloroforme, et sans qu'aucun indice pût faire prévoir cette nécessité, j'ai pensé qu'il était préférable d'en donner de parti-pris dans tous les cas. La question se ramenait donc à savoir si, avec une seule injection, on aurait les mêmes avantages qu'avec 3 dans les cas où on était obligé de donner du chloroforme.

Je puis dire maintenant que non seulement on obtient les mêmes avantages (sur lesquels je crois inutile de revenir ici), mais de plus qu'on évite les quelques inconvénients signalés : contracture de la paroi et vasodilatation superficielle qui deviennent ainsi inappréciables.

Cette technique me semble donc supérieure à l'ancienne.

Je veux également dire un mot des vomissements qu'on a signalés, que j'ai moi-même vus dans 3 cas après une série de 43 cas sans la moindre nausée. J'ai remarqué que pour ces 3 cas, on s'était servi d'une solution anciennement préparée. Or, on sait, je l'ai signalé antérieurement, que la scopolamine est un corps instable, s'altérant à la lumière et à l'air. Mais il y a plus : la solution employée a été stérilisée à 120 degrés. Or, à cette température, la morphine contenue dans la solution se décompose peu à peu et donne de l'apomorphine qui, comme on le sait, est un corps éminemment nauséeux.

En outre, la scopolamine elle-même se dédouble également et donne de l'hyoscine et de l'atroscine qui ne possèdent plus les mêmes qualités physiologiques que la scopolamine. Mais ces dédoublements se font fort lentement, ce qui explique que, au début, je n'ai pas observé de vomissements, alors que j'en ai relevé 3 cas plus récemment.

Il est un moyen simple de remédier à cet inconvénient; il en est même deux. Le premier consiste à employer pour la solution de l'eau stérilisée auparavant, et à ne pas restériliser la solution une fois faite. Le second consiste à tyndhaliser la solution, c'est-à-dire à la porter six fois à la température de 70 degrés. On évitera ainsi les dédoublements que je viens de signaler.

En terminant, je signalerai deux des malades endormis par cette méthode :

L'un atteint d'insuffisance aortique très accentuée, qui a été endormi deux fois, pour une double hernie, sans le moindre incident.

L'autre, un vieillard de soixante-six ans, atteint de myocardite qui a également bien supporté l'anesthésie.

Ces deux malades ont, les quarante-huit premières heures après l'opération, présenté une quantité d'urine supérieure à la normale. Cette diurèse qu'on retrouve chez tous les opérés m'a semblé toutefois utile à signaler dans ces deux cas.

Présentations de malades.

Ankylose osseuse du coude suite de traumatisme; résection économique avec interposition tendineuse (triceps).

M. Quénu. — Voici une jeune fille de seize ans qui fut soignée il y a trois ans à l'hôpital Bretonneau pour une plaie contuse du coude droit qui se termina par une ankylose complète du coude. Elle me fut amenée à la fin de février dernier avec un coude ankylosé dans la demi-flexion et une atrophie complète des muscles du membre supérieur, spécialement des muscles du bras. Je l'opérai le 3 mars; incision verticale médiane postérieure : l'humérus est soudé avec le cubitus; il reste quelques mouvements dans l'articulation radio-cubitale supérieure.

Section au ciseau de l'extrémité inférieure de l'humérus, puis de l'olécrane au ras de la facette cornoïdienne. Dissection de la capsule antérieure de façon à former un petit lambeau.

Je détache un assez large lambeau tendineux aux dépens de la partie interne du triceps et je le suture avec le petit lambeau antérieur. Le membre est placé à angle droit dans un plâtre.

Le 14 mars, soit dix jours après l'opération, on commence les mouvements qui sont assez faciles; le 25 mars, l'amplitude des mouvements persiste, mais il n'y a aucun gain au point de vue des mouvements volontaires. Les muscles biceps et triceps sont à peine sentis quand la malade fait un effort de contraction. Il faut nous rappeller que trois ans se sont écoulés depuis l'établissement de l'ankylose et que l'ankylose est survenue après longue suppuration. A partir du 15 mars on électrise les muscles du bras.

Le 15 mai, les mouvements de flexion spontanés sont bons, mais pour l'extension la malade est obligée de placer le membre en supination afin de laisser à la pesanteur le soin de suppléer le triceps. Comme j'ai sacrifié une assez grande partie du tendon pour l'interposer, je fais une deuxième intervention le 24 mai dans laquelle je mets à découvert le tendon du triceps interposé et j'en coupe la portion interposée au ras de l'os : *je peux alors* de visu *constater qu'il n'y a aucune adhérence entre la face supérieure du segment interposé et la face inférieure de l'humérus sectionné.* Il en est de même pour la face inférieure; le segment tendineux a laissé entre lui et l'humérus une véritable cavité libre; on peut donc le comparer à un ménisque.

La séparation d'avec le tendon du triceps ayant été opérée par section, le tendon tricipital est réinséré au cubitus ou plutôt à un petit lambeau fibreux préalablement disséqué. Nous commençons la mobilisation le 3 juin; le 8, la malade commence à manger avec son bras droit, les mouvements volontaires d'extension existent et sont bons.

Cette jeune fille étend son avant-bras, sinon à la rectitude, du moins d'une manière suffisante et en obtenant un angle très obtus avec le bras; la flexion arrive à l'angle droit. L'opérée peut se coiffer seule, elle a quelques mouvements de pronation et de supination. L'intérêt spécial de cette observation est la possibilité que nous avons eue de voir ce que devient le tendon interposé et de vérifier que ce tendon reste libre de toute attache osseuse.

J'espérais pouvoir vous montrer un deuxième exemple d'interposition musculaire pour ankylose du coude, mais en utilisant cette fois l'anconé, le malade opéré par M. Duval a récupéré ses mouvements; il est malheureusement sorti de l'hôpital et nous n'avons pu le joindre.

Corps étranger de l'œil.

M. Poirier présente une malade opérée dans son service par M. Okyurie, qui a aussi rédigé l'observation. — Le 6 juin, à 7 heures du soir, Christine K..., âgée de quinze ans, est amenée d'urgence à l'hôpital Lariboisière, *parce qu'elle a quelque chose dans l'œil gauche.* Voici les renseignements que je puis recueillir des personnes qui l'accompagnent : l'enfant sortait d'un cours : effrayée par un chien dans la rue, elle tombe et demeure étourdie. On la relève, et elle se rend *à pied* dans une pharmacie où les premiers soins lui sont donnés. Elle se plaint alors de souffrir de son œil gauche, et de la tête, et comme il semble qu'un corps étranger a pénétré dans l'œil, on la transporte à l'hôpital.

Je vois à ce moment l'enfant qu'on a étendue sur le lit de pansement : elle se plaint et tient les deux yeux fermés.

Extérieurement rien ne se révèle du traumatisme subi. Ni plaie, ni ecchymose, ni hémorragie, ni surtout affaissement du globe oculaire, dont la saillie sous la paupière paraît normale. A vrai dire, rien ne permet alors de voir quel est l'œil atteint.

Si on demande à l'enfant d'ouvrir les yeux, les paupières de l'œil droit seules s'ouvrent normalement. L'œil gauche reste fermé.

Je maintiens alors ouverte la fente palpébrale de l'œil gauche. Le globe oculaire est immobile, sa pupille est très dilatée, mais sa saillie est normale, sa tension n'est ni augmentée ni diminuée. Je vois alors comme enchâssé dans l'angle interne contre le rebord nasal de l'orbite *un corps étranger* assez volumineux, irrégulièrement circulaire, de 5 millimètres de diamètre environ. La surface de ce corps étranger est irrégulière et présente des aspérités. A ce moment, j'en ignore absolument la nature, personne n'ayant pu me renseigner à ce sujet.

Après instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne, je tente immédiatement l'extraction de ce corps étranger. Avec une pince à griffe ordinaire, je ne parviens pas même à le mobiliser, et me rendant compte alors qu'il doit y avoir un certain degré de pénétration dans l'orbite, je cherche à explorer plus attentivement la situation de cet objet. Il m'apparaît dur, solidement fixé et sans aucune mobilité latérale.

Je fais alors une prise plus ferme avec une pince de Kocher ; celle-ci ramène seulement une minuscule écharde qui se détache de l'extrémité visible du corps étranger.

Je suis alors obligé d'assurer ma prise par une pénétration prudente des deux mors de la pince à une certaine profondeur, en me tenant en contact même du corps étranger : j'engage ainsi

un centimètre environ. Je puis alors en quelques secondes dégager et extirper un crayon noir de 13 centimètres de long. L'extraction n'est suivie d'aucun écoulement ni sanglant, ni séreux. Pendant cette extraction, j'ai pu me rendre compte que le crayon avait pénétré à frottement dur dans un orifice osseux, traumatique ou anatomique, mais qui en tout cas ne lui laissait aucune mobilité latérale. Pour éviter d'ailleurs tout déplacement angulaire la traction s'est faite autant que possible dans l'axe même du crayon : cette manœuvre était, du reste, facilitée et assurée par la fixité même du corps étranger dans l'orifice osseux. La pénétration s'est faite presque horizontalement d'avant en arrière avec une légère obliquité en haut; cette indication est fournie par la direction du crayon pendant qu'il est extrait.

La malade a poussé un léger cri, mais aussitôt et spontanément, sans aide, elle s'asseoit sur son séant.

Sauf les signes locaux, il n'y a aucun symptôme de lésion cérébrale grave.

La conscience est parfaite, la parole intacte. Il n'y a aucun trouble moteur ni sensitif général : les réflexes sont normaux. On note dès ce moment du *ptosis* à gauche, une *ophtalmoplégie totale* et une *dilatation papillaire.*

L'enfant se plaint seulement d'un violent mal de tête. L'œil est baigné et pansé et la blessée est reportée dans son lit.

A 9 heures du soir, agitation marquée.

Température normale. Pouls : 110.

Quelques nausées, suivies d'un seul vomissement alimentaire.

7 *juin.* — Nuit agitée. Il n'y a plus de vomissements. La malade accuse une céphalalgie lourde, gravative. Température normale. Pouls : 100.

9 *juin.* — Amélioration sensible, la blessée s'alimente, la céphalalgie a diminué.

Il n'y a aucun trouble, ni cérébral, ni moteur, ni sensitif.

Comme symptômes locaux, on note une double ecchymose qui occupe le tiers interne de chaque paupière de l'œil gauche et qui s'étale un peu par la racine du nez.

Le ptosis est très marqué. La pression du globe oculaire réveille un peu de douleur.

Si l'on maintient la fente palpébrale ouverte, la blessée déclare qu'elle voit.

L'ophtalmoplégie est totale et absolue. La pupille est dilatée au maximum et ne laisse qu'un petit bord iridien. La pupille droite est dilatée également mais à un degré moindre.

La plaie conjonctivale est à peine perceptible et en voie de cicatrisation.

Il n'y a pas de trouble dans l'excrétion lacrymale.

11 *juin*. — Bon état général. La malade s'est levée hier, sans troubles ni vertiges.

Le ptosis est au même degré, et la malade ne peut qu'entr'ouvrir la fente palpébrale, par action vicariante du muscle frontal.

L'occlusion forcée par l'orbiculaire (nerf facial) est parfaite.

Il y a un très léger degré d'exophtalmie monoculaire gauche, peut-être par un épanchement rétrooculaire ou par perte de la tonicité des muscles du globe. La pupille est dilatée et ne réagit pas.

L'ophtalmoplégie est totale : la vision des objets éloignés en vision directe est nette. La vision des objets rapprochés (lecture) est confuse : la lecture par vision monoculaire gauche est à peine possible, mais la blessée peut compter les doigts qu'on lui présente. La vision latérale, du fait de l'ophtalmoplégie, produit de la diplopie.

Il y a une légère déviation de la langue du côté gauche ; mais les mouvements de cet organe paraissent normaux.

La sensibilité cornéenne paraît normale.

14 *juin*. — L'examen oculaire a été pratiqué par M. Morax, à l'hôpital Lariboisière.

OD 90 degrés + 0,75 R = 42.
OG 90 degrés + 0,75 R = 42.

Réfraction :

OD : Emmétrope.
OG : + 1 D. 50

Correction non sténopéique . . . . OG = 7 opts.
Sans correction . . . . OD = 11 opts.

C'est-à-dire que si l'*acuité visuelle* de OD est 1, celle de OG est de 1/3.

Ophtalmoplégie totale.

A l'ophtalmoscope, les milieux de l'œil gauche sont transparents : la *papille* est légèrement floue sur les bords.

Le champ visuel est *normal*.

Il y a paralysie de l'iris et de l'accommodation. Donc, le nerf optique est intact, les oculo-moteurs sont lésés.

19 *juin*. — Depuis deux jours la malade se plaint de céphalalgie localisée au sommet de la tête.

Conclusions. — La longueur du crayon (13 centimètres) ne permet pas de douter de la pénétration dans le crâne.

L'ophtalmoplégie, le ptosis, permettent d'affirmer que la péné- a dû se faire par la fente sphénoïdale.

L'extrémité mousse, *métallique*, du crayon fait penser que certains organes ont pu échapper au traumatisme, en glissant de chaque côté, en se luxant en quelque sorte à droite et à gauche de cette extrémité, plutôt que de se laisser refouler par elle. Seuls

les organes nerveux de la fente sphénoïdale pincés entre le crayon et les bords de cette fente ont dû être froissés ou même coupés. L'absence d'hémorragie intracranienne immédiate, malgré le voisinage du sinus caverneux et de la carotide, paraît relever du même mécanisme.

L'absence de phénomènes infectieux immédiats et jusqu'à ce jour est digne aussi d'attirer l'attention.

Présentation de pièce.

Séparation spontanée d'un appendice.

M. Villemin. — En matière d'appendicite, on a souvent parlé de cavité close. Cette pièce montre mieux qu'une oblitération du canal appendiculaire. On remarque entre le moignon attaché au cæcum et le reste de l'appendice, non pas un cordon fibreux ou un vestige quelconque résultant de l'oblitération, mais une absence totale de tout organe sur une longueur de cinq à six millimètres. Entre les deux feuillets séreux du méso-appendice, il n'y a rien qui établisse la continuité des deux parties.

Cet appendice appartenait à un enfant de onze ans qui avait eu une crise de faible gravité à l'âge de cinq ans.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 28 JUIN 1905

Présidence de M. Schwartz.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un mémoire de M. Reboul (de Nîmes), membre correspondant.

Lecture.

Épingle à cheveux dans la vessie; extraction par les voies naturelles,

par M. le Dr J. REBOUL,
membre correspondant de la Société de chirurgie.

Une jeune fille de dix-huit ans m'est adressée le 5 mai 1905, par mon excellent confrère le Dr Darbousse, de Brignon, pour la débarrasser d'une épingle à cheveux qu'elle s'est introduite dans la vessie au cours de manœuvres de masturbation, deux jours auparavant.

La jeune fille a raconté à ses parents, qui l'ont cru, que c'est absolument par hasard que l'épingle, tombée de ses cheveux dans ses draps pendant le sommeil, s'est introduite dans sa vessie ; qu'elle a été réveillée par une douleur, et qu'en portant la main au point douloureux, elle n'a senti que les deux extrémités

piquantes de l'épingle, et n'a pu la saisir suffisamment pour empêcher son introduction.

C'est dans la nuit du 3 au 4 mai, que l'introduction du corps étranger avait eu lieu.

Le surlendemain, 5 mai, la jeune fille raconte sa petite histoire à sa mère. Elle se plaint de souffrir spontanément, et pendant la marche et surtout à la fin de la miction ; à ce moment elle se sent piquée et déchirée. Pas d'hématurie vraie, quelques gouttes de sang ont été émises à la fin de la miction.

La mère de la jeune fille la conduit chez notre confrère le Dr Darbousse, de Brignon, qui soupçonne l'introduction de l'épingle à cheveux et la constate par le toucher vaginal et l'exploration vésicale.

Il s'agit d'une jeune fille à allure générale infantile, dont le corps est fort peu développé, ayant tout à fait les apparences d'une petite fille de quatorze ans; son facies est un peu bestial.

Les membres sont frêles, le tronc, les seins, l'abdomen et les hanches sont peu développés. Le pubis présente des poils rares et courts ; la vulve est celle d'une petite fille, mais le clitoris est anormalement développé, l'hymen a disparu.

Le méat est rouge, dilaté.

Le cathétérisme métallique de la vessie et l'exploration vaginale combinés, permettent de constater très nettement l'existence d'un corps étranger métallique allongé transversalement, une épingle à cheveux probablement.

Mlle Germaine X... me remercie d'avoir paru croire à l'histoire qu'elle a racontée à ses parents, et m'avoue s'adonner depuis longtemps à la masturbation digitale, et depuis quelques jours à la masturbation avec corps étrangers. En se masturbant avec une épingle à cheveux, elle fut prise d'un orgasme vénérien, s'endormit, et, en se réveillant, s'aperçut que l'épingle avait complètement disparu dans son urètre ; elle chercha à la retirer par les deux pointes qui affleuraient au méat, mais ne put y parvenir. Pendant ces tentatives, l'épingle à cheveux disparut et tomba dans la vessie.

Elle espérait pouvoir ne rien dire à ses parents, mais les douleurs qu'elle éprouva le surlendemain l'y obligèrent.

Le 6 mai 1905, deux jours après l'introduction du corps étranger, sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle faite par le Dr Olivier de Sardan, et avec l'aide de mon interne M. Mouret, je fis la dilatation de l'urètre, à l'aide d'une série de bougies d'Hégar, et de mon auriculaire, puis de mon index.

Je sentis nettement l'épingle à cheveux située transversalement, un peu oblique, de droite à gauche, et d'arrière en avant, occu-

pant la partie moyenne de la vessie; l'anse de l'épingle étant située en arrière et à droite, les pointes en avant et à gauche et en bas.

L'épingle était nettement fixée dans les parois vésicales par ses pointes, surtout quand la vessie était vide ; je remarquai, au contraire, qu'en dilatant la vessie avec de l'eau, je parvenais à libérer les extrémités de l'épingle et à la rendre mobile. J'en profitai pour imprimer au corps étranger un mouvement de rotation, en vertu duquel je cherchai à amener en avant l'anse de l'épingle.

Introduisant alors un crochet à bottines dans la vessie, en me servant de mon index comme conducteur, je saisis l'épingle avec le crochet de cet instrument, et, le glissant le long de la branche antérieure, je conduis le crochet jusque dans l'anse, et dès lors pus saisir solidement le corps étranger, lui imprimer le mouvement de rotation nécessaire et diriger l'anse de l'épingle vers l'orifice interne de l'urètre et l'y introduire pour l'extraire.

A ce moment, le crochet ramenant l'épingle produisit un repli de la partie inférieure de la muqueuse urétrale qui l'arrêta ; il me suffit d'enfoncer légèrement l'appareil et de le retirer en l'appuyant sur la paroi supérieure pour l'extraire très facilement avec le corps étranger.

L'épingle à cheveux extraite de la vessie a 7 centimètres de longueur ; elle est incrustée de sels vésicaux, surtout à ses extrémités. Suites absolument régulières.

La jeune fille n'a pas eu d'incontinence d'urine.

Ce fait montre combien est pratique et simple le procédé indiqué par M. Guinard à la séance du 10 janvier 1900 de la Société de chirurgie, c'est-à-dire l'extraction des épingles à cheveux de la vessie avec le crochet à bottines, pourvu qu'il soit mousse et ne puisse blesser la muqueuse vésicale et urétrale.

De plus, quand les extrémités piquantes du corps étranger sont fixées dans les parois vésicales, en dilatant un peu et sans forcer la vessie avec une injection de liquide, on peut sans inconvénients et facilement libérer le corps étranger, le rendre mobile et faciliter l'extraction.

Dans ce cas, comme dans la plupart de ceux indiqués dans le travail de Guyon et Henriet, le corps étranger ayant 7 centimètres, s'était placé suivant le diamètre transversal de la vessie.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Picqué. — J'ai bien regretté de n'être pas à la dernière séance pour répondre aux réclamations qui ont été faites au sujet de la publication des Bulletins. Quand j'ai pris les fonctions que vous avez bien voulu me confier, j'ai demandé à M. Masson quelles étaient exactement mes obligations. Il me fut répondu que je devais envoyer à l'imprimerie les placards corrigés le samedi avant midi, et la mise en page le dimanche matin. Depuis mon entrée en fonctions, j'ai observé scrupuleusement les délais imposés et je puis dire que jamais l'imprimeur de son côté ne s'est mis en retard.

Le retard ne vient donc ni de l'imprimeur ni de votre secrétaire Pour le dernier Bulletin, c'est au clicheur que le retard es imputable. Il n'a pas fourni à temps les clichés du travail de M. Toubert et l'imprimeur n'a pu en conséquence vous envoyer les Bulletins dans les délais ordinaires.

Dans les circonstances ordinaires, le retard n'est imputable qu'à quelques-uns de nos collègues qui n'envoient pas à temps leur manuscrit ; et puisque vous avez de nouveau attiré l'attention sur les inconvénients qu'il y a dans ce retard de la publication de nos Bulletins, je crois de mon côté qu'il convient de vous rappeler que M. le président vous a déclaré dans une de nos dernières séances qu'à l'avenir tout manuscrit qui n'arriverait pas à temps ne paraîtrait pas au Bulletin.

Sur les fibro-lipomes périostiques congénitaux

M. Pierre Sebileau. — Ainsi que le faisait observer M. Lucas-Championnière dans la dernière séance, les observations de lipomes et de fibro-lipomes périostiques qui ont été rapportées par plusieurs de nos collègues à l'occasion du mémoire de MM. Ed. Schwartz et Louis Chevrier, répondent à des faits disparates qu'il semble, à l'heure actuelle, impossible de classer.

De cet ensemble se dégage, cependant, un groupe assez bien défini de tumeurs caractérisées par leur apparition chez l'enfant, l'adolescent ou le pubère, leur volume quelquefois considérable, leur évolution rapide, leur tendance à provoquer des troubles quelquefois sévères de la santé générale et l'activité de leur

prolifération nouvelle quand elles n'ont pas été tout entières extirpées.

C'est à ce groupe de fibro-lipomes périostiques qu'on donne le nom de *fibro-lipomes périostiques congénitaux.* On ne peut se défendre, en effet, de trouver, non seulement dans l'adhérence de ces tumeurs à la zone épiphysaire de l'os autour duquel elles se sont développées, mais encore dans leur anatomo-clinique un peu paradoxale, quelques-uns de ces caractères qui sont le propre des néoplasmes congénitaux.

Dans ce groupe de fibro-lipomes congénitaux, dont Guinard et Walther, entre autres, nous rapportaient récemment des exemples curieux, une variété paraît mieux isolée, mieux différenciée que les autres, par un ensemble d'observations concordantes : c'est la *variété fémorale.*

Voici un nouveau fait auquel Walther trouvera sans doute beaucoup de points de ressemblance avec celui qu'il a publié.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans que m'adressa un jour mon ami, le D[r] Carcopino (de Verneuil-sur-Avre), dans les termes suivants : « Cette pauvre jeune fille est atteinte de rhabdo-myomes de la cuisse droite. Il y a trois mois, nous l'avions opérée, le D[r] Willard (de Laons) et moi; nous pensions qu'elle pourrait se tirer d'affaire. Il y a quinze jours, je l'ai revue et je l'ai trouvée dans l'état lamentable où vous allez la voir. Je me trompe : il y avait récidive, mais je pensais que nous pourrions intervenir utilement une seconde fois, parce que la tumeur n'avait pas pris des proportions énormes. Or, hier, je me suis trouvé en présence d'une ou plutôt de plusieurs tumeurs, dont le volume avait triplé depuis quinze jours. Je doute fort qu'il soit possible de débarrasser la patiente sans une mutilation. »

L'état dans lequel je trouvai celle-ci expliquait pleinement, à mes yeux, je dois le dire, le pronostic sévère de notre confrère. La malade qu'il m'adressait était, en effet, porteur d'une énorme tumeur du segment supérieur de la cuisse; cette tumeur, dont le volume paraissait dépasser celui d'une tête d'adulte, occupait particulièrement la face interne de la cuisse le long de laquelle elle descendait jusqu'au canal de Hunter; mais elle se développait encore sur la face antérieure du membre jusque dans la région du tenseur du fascia lata, et proéminait en arrière jusqu'aux confins de la région fessière; elle remontait jusqu'au pli périnéal et masquait en partie l'orifice vulvaire. Elle n'adhérait à la peau qu'au niveau de la cicatrice qu'avait laissée la première opération, mais une circulation veineuse riche marbrait les téguments. La masse ne pouvait pas se mobiliser dans le sens vertical, mais subissait assez largement l'impulsion latérale dans l'état de relâ-

chement des muscles. Elle apparaissait nettement sous-musculaire, sinon adhérente aux muscles, car la contraction de la cuisse semblait l'enclaver dans la profondeur du membre. Nul trouble de compression n'existait, mais la tumeur était si grosse que la patiente ne pouvait marcher qu'en portant la cuisse en forte abduction, ainsi que le malade dont Potherat nous rapportait récemment l'observation, ce qui lui faisait abaisser le bassin du côté correspondant et boiter d'une manière très apparente. Aucune réaction ganglionnaire.

Il ne me parut pas que cette tumeur si volumineuse, si nettement influencée par la contraction musculaire et d'une récidive si brutale, pût être autre chose qu'un sarcome des muscles. Je trouvai une nouvelle justification à ce diagnostic dans l'altération de la santé générale, l'amaigrissement, la fatigue, les sueurs abondantes, les troubles digestifs.

Le caractère adhérent de la tumeur ne me laissa pas un instant penser que son énucléation fût possible; et, d'autre part, son volume était tel, elle s'infiltrait dans une telle étendue de la cuisse, que j'envisageai l'ablation du néoplasme par exérèse musculaire, non seulement comme une opération très grave, mais encore comme une opération fonctionnellement contre-indiquée.

Je conclus donc, comme mon confrère Carcopino, qu'il faudrait se résoudre au gros sacrifice de la désarticulation de la hanche, ou, tout au moins, de l'amputation sous-trochantérienne.

Cependant, je ne voulus pas entreprendre une intervention de cette nature sans avoir fait l'exploration anatomique de la tumeur et sans avoir, au préalable, essayé la décortication.

Je pratiquai donc d'abord une large ouverture exploratrice en réséquant le segment de peau adhérent à la tumeur, après avoir combiné la formation d'un lambeau qui, le cas échéant, devait me permettre de terminer par l'amputation ou la désarticulation.

Sur la tumeur je trouvai appliquées, en dedans les fibres du droit interne, et, en dehors, celles du couturier. Elle n'y adhérait point, mais les muscles étaient comprimés par elle et si aplatis qu'ils la recouvraient comme d'une véritable enveloppe lamellaire.

J'essayai la décortication et je fus frappé de la facilité relative avec laquelle celle-ci s'opérait. Je pus ainsi, après une opération assez longue et assez laborieuse, procédant, suivant la disposition des plans de clivage, tantôt par décortication extra-capsulaire, tantôt par énucléation sous-capsulaire, tantôt par exérèse des faisceaux musculaires, je pus ainsi, dis-je, extraire une tumeur qui n'a pas été pesée mais qui était certainement plus volumineuse qu'une tête d'adulte.

Je pratiquai de la sorte une véritable dissection de la cuisse qui me permit d'étudier très précisément les départements envahis par le néoplasme.

Celui-ci se composait de trois grosses masses. L'antérieure s'épanouissait en avant des vaisseaux fémoraux, en arrière du couturier et du droit antérieur; elle s'infiltrait presque sous les fibres du tenseur du fascia lata. La moyenne s'engageait entre le pectiné et le moyen adducteur et descendait très bas, le long de la cuisse, jusqu'à la hauteur du canal de Hunter, entre plan des adducteurs antérieurs (adducteur moyen) et celui des adducteurs postérieurs (petit et grand adducteur) le long de l'artère fémorale profonde. Les fibres aplaties et étalées du droit interne la recouvraient. La postérieure s'engageait au-dessus du bord supérieur du petit adducteur pour déborder en arrière du plan des adducteurs postérieurs et s'épanouir au haut de la cuisse dans la région obturatrice en disséquant, jusque vers la branche ischio-pubienne, les insertions des muscles internes et postérieurs.

On peut donc dire, ainsi que je le fis remarquer à mes assistants au cours de l'opération, que chacune des portions de la tumeur occupait une des trois loges vasculaires de la cuisse : la loge antérieure (artère fémorale); la loge moyenne (artère fémorale profonde; celle-ci fut sectionnée); la loge postérieure (arcades des perforantes).

Les suites opératoires furent bonnes et simples; il n'y eut rien autre chose qu'un léger suintement sanguin pendant les quarante-huit heures que le drain demeura dans la plaie, et la guérison survint dans le temps normal.

Des échantillons du néoplasme avaient été prélevés; ils furent égarés. Je n'ai donc malheureusement aucun résultat d'examen microscopique à fournir.

Je puis dire seulement que le néoplasme avait à la coupe l'apparence d'un fibro-lipome. Les masses graisseuses étaient coupées de fortes bandes de tissu fibreux d'où émanaient des prolongements qui s'infiltraient dans le parenchyme et donnaient à la masse une consistance assez ferme.

Je rappelle qu'il n'y avait d'autres adhérences que celles qui provenaient de la première opération et que, sans doute, la récidive n'était pas autre chose que la prolifération très active d'un lobe qui, égaré dans les interstices musculaires, avait échappé aux recherches de notre distingué confrère.

Mais un pédicule lamellaire assez fort attachait le néoplasme à la partie supérieure de la ligne âpre, juste au-dessous du petit trochanter.

M. Walther. — L'observation très intéressante de M. Sebileau est, en effet, à ajouter aux quatre faits que je vous ai rapportés de fibro-lipome congénital de l'extrémité supérieure du fémur.

Ici, en effet, comme dans les quatre autres cas, nous voyons une tumeur volumineuse à structure fibro-lipomateuse, s'attachant par un pédicule fibreux à l'extrémité supérieure du genou, immédiatement au-dessous du petit trochanter.

Dans cette classe, un peu confuse encore et peut-être disparate des lipomes périostiques, nous pouvons donc isoler un groupe bien défini, bien net de fibro-lipomes périostiques congénitaux développés au-dessous du petit trochanter, et présentant des caractères anatomiques et cliniques qui semblent constants.

Des Lipomes sous-périostiques.

M. Schwartz. — Je remercie les membres de la Société qui ont bien voulu prendre la parole et nous communiquer des observations de lipomes ostéopériostiques. Il semble après tout que ces observations ne sont pas aussi rares qu'on eût pu le croire tout d'abord.

Toutes se ressemblent par ce fait que toujours le lipome ou plutôt fibro-lipome est en connexion soit avec le périoste ou l'os, et cela assez souvent au niveau de l'épiphyse.

Cela peut répondre à la réflexion faite par notre collègue Monod, qui se demandait pourquoi le nom de lipomes ostéopériostiques. Il y a même des cas où une véritable exostose s'enfonce dans le lipome, telle notre lipome de la clavicule. Ces lipomes présentent évidemment des physionomies cliniques variables, suivant les régions où ils se développent. Mais tous ont ce point de contact d'être en rapport avec le périoste ou même l'os voisin.

Tuberculose iléo-cæcale.

M. Demoulin. — Dans la séance du 14 juin dernier, notre collègue Chaput a fait un très intéressant rapport, sur deux observations de résection du segment iléo-cæcal de l'intestin, pratiquée avec succès par M. Souligoux, chirurgien des hôpitaux. L'une de

ces résections a été entreprise pour un cas de cancer du cæcum, l'autre pour une tuberculose hypertrophique de cet organe, limitée à la valvule iléo-cæcale.

Je me suis réjoui de l'apparition du rapport de Chaput, car, chargé de présenter l'état de nos connaissances actuelles, sur la tuberculose iléo-cæcale, au prochain Congrès de la tuberculose, j'ai pensé qu'il provoquerait, ici, un intéressant débat sur ce sujet. Je n'ai pas été déçu, puisque nos collègues Delbet et Legueu ont apporté, dans la séance du 21 juin, d'intéressantes observations.

De très nombreux travaux et de haute valeur, concernant la tuberculose iléo-cæcale, ont paru en France, dans ces dernières années; je citerai ceux de Delore et Patel (*Revue de chirurgie*, 1901) de Bérard et Patel (*Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale*, Masson, Paris 1905); la thèse de Crouzet (1er avril, 1905), émanant de l'école lyonnaise; les thèses parisiennes d'Alglave (1904), Belgrand (1904); et je ne saurais oublier une excellente monographie, plus ancienne, la thèse de Benoît (Paris, 1893).

Il y a deux formes principales de tuberculose iléo-cæcale :

La forme hypertrophique, dite encore fibro-adipeuse, caractérisée par de véritables tumeurs cæcales tuberculeuses.

La forme entéro-péritonéale (Bérard et Patel, Crouzet), qu'Alglave qualifie de forme ulcéro-caséeuse perforante avec suppuration (dénomination trop longue à mon avis, et assez peu précise), et qui n'est que la typhlite tuberculeuse de nos aînés, typhlite accompagnée de pérityphlite dans la plupart des cas.

Toute voisine de cette forme, est celle qu'on pourrait dénommer, je crois, forme adénopathique, dans laquelle les ganglions péricæcaux et de l'angle iléo-cæcal, forment la masse principale de la tumeur de la fosse iliaque droite. Legueu en a rapporté une observation très probante, dans la séance du 21 juin dernier, et c'est pour moi un pieux devoir, de rappeler que les adénites péri-cæcales, tuberculeuses, ont fait, au mois de janvier 1900, le sujet d'une communication de mon maître et ami, notre très regretté collègue, G. Marchant.

— Je dois une mention aussi, à la tuberculose partielle du cæcum, dont M. Richelot nous a donné deux observations en 1892, dont Crouzet a publié, dans sa thèse récente, un cas appartenant au professeur Jaboulay. Péan le premier, en 1892, a donné une observation intitulée : résection partielle du cæcum ; mais quand on la lit attentivement, on voit qu'il s'agit d'un large avivement d'une fistule cæcale tuberculeuse.

On peut observer encore, sur la fin de l'iléon, des perforations

qui ont eu lieu sans défense péritonéale, des sténoses avec atrophie et transformation fibreuse des parois intestinales, mais ce sont là des manifestations bien connues de la tuberculose intestinale prise dans son ensemble, et, qui ne me paraissent pas justifier la description d'une tuberculose iléo-cæcale perforante, d'une tuberculose iléo-cæcale à forme atrophique fibreuse sténosante (Alglave).

Je ne dirai que quelques mots de la forme hypertrophique de la tuberculose iléo-cæcale, des tumeurs cæcales tuberculeuses, qui sont aujourd'hui bien connues dans notre pays, grâce aux travaux d'Hartmann, de Broca, et aux examens histologiques si précis du regretté Pilliet.

Chaput a dit, dans son rapport, que l'observation de Souligoux met en lumière une forme particulièrement rare de la tuberculose iléo-cæcale hypertrophique, en ce sens qu'il s'agit d'une tumeur limitée à la valvule, et il a eu bien raison. J'ai trouvé deux cas de cette espèce, l'un de Jaboulay, l'autre de Sachs, et Delbet nous en a rapporté un troisième. Si la tumeur valvulaire n'est pas très fréquente, les lésions de la valvule s'observent dans un très grand nombre de cas ; elle est quelquefois complètement détruite, très souvent elle est rigide, cicatricielle, fortement rétrécie, et dans ces cas, l'intestin grêle qui avoisine la valvule, (intestin qui dans la forme hypertrophique n'est en général pris à sa terminaison que sur une petite étendue) « est considérablement dilaté, et ses parois épaissies, présentent de même que pour les sténoses en activité de l'intestin grêle, non pas une hypertrophie compensatrice des fibres lisses, mais bien un épaisissement de la paroi par la lésion primitive ; ce n'est donc que la propagation de l'infection tuberculeuse » (Bérard et Patet).

J'insisterai enfin, sur ce point, que nous sommes peut-être trop enclins, à regarder la tuberculose cæcale hypertrophique comme formant une tumeur facilement extirpable. Il n'en est pas toujours ainsi, et la lecture des thèses récentes de Belgrand, de Lance surtout (cette dernière, sur l'exclusion de l'intestin), nous montre des cas assez nombreux, où la tumeur iléo-cæcale s'accompagnait d'adhérences étendues et solides, d'abcès, de fistules, lésions qui ont interdit à des chirurgiens hardis et habiles, de faire l'extirpation et les ont obligés à se rabattre sur l'exclusion de l'intestin. C'est une opération excellente d'ailleurs, surtout indiquée dans les tuberculoses fistuleuses, et qui dans deux cas (Wölfler 1896, et Friëdlander 1901), a permis une régression telle des lésions, que l'ablation du segment iléo-cæcal malade a pu être faite secondairement.

Mais ces adhérences, ces fistules, cet abcès qui accompagnent

parfois la tuberculose hypertrophique, se rencontrent surtout, dans la forme ulcéro-caséeuse de la maladie, avec retentissement sur le péritoine et les ganglions, dans la forme entéro-péritonéale, sur laquelle je désire attirer votre attention, et que j'ai observée personnellement deux fois.

Cette forme, comme je l'ai déjà dit, n'est autre, en somme, que la vieille typhlite tuberculeuse avec retentissement sur le péritoine et les ganglions. Elle a été étudiée par Valy (1843), par Bodard (1844), vue par Blatin, Paulier, Damaschino.

Lasègue enseignait que « toute pérityphite qui évolue à froid doit éveiller l'idée de tuberculose », et Duguet, en 1869, à la Société de biologie, disait que les lésions de la typhlite tuberculeuse consistent essentiellement « dans l'ulcération du cæcum et de la valvule iléo-cæcale, ainsi que dans la propagation des lésions au tissu sous péritonéal qui est en rapport avec le cæcum, et au péritoine sous-jacent lui-même ».

Les auteurs qui ont écrit, récemment, sur la tuberculose iléo-cæcale, se sont surtout occupés de la forme hypertrophique, mais il en est aussi qui ont écrit sur celle qui nous occupe en ce moment, tels : Billon (La tuberculose appendiculo-cæcale, thèse de Lyon 1898), Aynès (Typhilite et appendicite tuberculeuses, Bordeaux, 1895), Trolley qui, à l'instigation de son maître, notre collègue Barrette, de Caen, a intitulé sa thèse « De la péritonite tuberculeuse de la région iléo-cæcale » (Paris 1900).

La forme de tuberculose de la région iléo-cæcale, dite entéro-péritonéale, à l'inverse de ce qu'on observe pour la forme hypertrophique, se rencontre presque toujours chez des tuberculeux avérés.

« Elle occupe le plus souvent la fin de l'intestin grêle, et envahit le cæcum, d'ou le nom de forme iléo-cæcale qu'on lui a souvent donné » (Bérard et Patel).

Localement, la forme entéro-péritonéale, peut se traduire par une tumeur qui est alors mal mobile et de consistance inégale ; on pense en raison des symptômes observés, qu'il s'agit peut-être, d'une tuberculose hypertrophique, et l'intervention montre, que c'est à une lésion ulcéro-caséeuse du segment iléo-cæcal, avec retentissement péritonéal et ganglionnaire, qu'on a affaire. C'est le plus souvent, en présence d'un empâtement de la fosse iliaque droite qu'on se trouve, empâtement qui dans bon nombre de cas se ramollit en un point, donne lieu à un abcès qui évolue froidement ou avec une certaine réaction inflammatoire. Cet abcès ouvert reste fistuleux, et il n'est que trop commun de, voir la fistule, d'abord simplement purulente, donner passage tantôt très rapidement, tantôt à une période plus ou moins éloi-

gnée de l'ouverture de l'abcès, à des matières intestinales; la fistule pyo-stercorale est constituée, elle est l'aboutissant très fréquent de la forme entéro-péritonéale.

Avec les idées qui règnent actuellement, on pense souvent, dans les cas de tuberculose à forme entéro-péritonéale, surtout si l'évolution des lésions de la fosse iliaque s'est faite avec une certaine acuité, à une appendicite, et dans le cas où l'on croit le pus profond, on fait une incision capable de conduire sur l'appendice vermiculaire. Or, on est quelquefois frappé, en pénétrant dans le plan musculo-aponévrotique, dont les couches sont mal distinctes, par ce fait que les tissus sont envahis par une infiltration de petits nodules gris rosés abondants; j'ai plusieurs fois rencontré cette disposition au voisinage de collections tuberculeuses. On reconnaît difficilement le péritoine, on ne peut pas le pincer pour l'ouvrir, et quand on l'a fait, on le trouve souvent adhérent au contenu de la fosse iliaque; on tombe, en définitive, sur un magma inextricable, fait d'anses intestinales rouges, épaissies, parfois couvertes de granulations miliaires, adhérentes; entre elles, on trouve des collections purulentes, parfois des ganglions caséeux, énormes. Le mieux est de ne pas prolonger les recherches.

S'il y a fistule pyo-stercorale par la suite, bien que, sous l'influence de l'évacuation des collections purulentes, les lésions entéro-péritonéales se soient amendées, on se trouve souvent, si l'on intervient, dans l'impossibilité de reconnaître le siège exact de la fistule, et c'est alors, qu'après avoir isolé le foyer septique, on peut recourir à l'exclusion de l'intestin, seule ressource pour amener la cure de la fistule.

J'ai dépouillé de nombreuses observations, afin de savoir quelles sont les lésions qu'on observe du côté de l'appendice, dans la tuberculose iléo-cæcale.

Je n'ai trouvé, sur ce point, que de très rares documents.

Tout aussi bien dans la forme hypertrophique que dans la forme entéro-péritonéale, l'appendice a été trouvé, tantôt tuberculeux, tantôt simplement épaissi, déformé, tantôt sain.

L'impression qui me reste est que, dans la grande majorité des cas de tuberculose du segment iléo-cæcal, l'appendice n'est pas primitivement en cause; que les lésions bacillaires, qu'elles soient nées primitivement dans le cæcum (forme hypertrophique), ou qu'elles ne l'aient envahi que secondairement, après l'iléon (forme entéro-péritonéale), se propagent par la suite à l'appendice. Berard et Patel écrivent, toutefois, qu'un foyer tuberculeux venu de l'appendice peut inoculer secondairement, le cæcum. Je dirai à ce propos, que dans trois cas d'appendicite tuberculeuse primitive opérés (Bouglé, Barrette, Aynès), il n'y

avait aucune lésion appréciable du cæcum, ce qui n'infirme en rien d'ailleurs, l'opinion des auteurs que je viens de citer.

Telles sont les quelques réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture de travaux récents sur la tuberculose iléo-cæcale; puisse ma communication provoquer les vôtres, toujours si judicieuses, et, je ne doute pas que nous arrivions à élucider rapidement, quelques points encore obscurs de ce sujet, en particulier, celui qui concerne l'appendicite tuberculeuse et ses rapports avec la tuberculose du segment iléo-cæcal de l'intestin.

Kyste du mésocolon transverse simulant un kyste du pancréas.

M. HARTMANN. — Dans notre avant-dernière séance, notre collègue Potherat a présenté un cas intéressant de kyste rétro-épiploïque qui, ainsi que l'opération le lui a montré, ne présentait aucune connexion avec un des organes environnants. Je vous demanderai la permission de vous relater l'histoire d'un cas un peu comparable que j'ai eu l'occasion d'opérer et de suivre il y a quelques mois.

OBSERVATIONS. — E..., trente-six ans, entrée le 21 avril 1905 à l'hôpital Lariboisière, salle Lailler, n° 15. Cette femme se plaint de l'abdomen, depuis le 11 mars dernier, époque où sans cause connue elle a été prise brusquement de douleurs épigastriques et de vomissements. Les douleurs au bout de quelques jours diminuèrent un peu, siégèrent principalement dans les reins et le côté gauche du tronc, s'irradiait dans le bras correspondant. Il y avait un peu de fièvre, 38 degrés, du hoquet, de la diarrhée. Tous ces phénomènes s'amendèrent peu à peu sans disparaître complètement, et la malade constata la présence d'une boule dans la partie supérieure droite du ventre.

Rien à noter dans les antécédents qu'une grossesse à terme, terminée le 21 janvier 1905 par un accouchement au forceps.

Lorsque nous examinons cette malade, nous trouvons au-dessous du foie, à droite, une tumeur volumineuse se terminant en bas par un contour arrondi, semblant se continuer en haut avec le foie. Cette tumeur est rénitente, un peu sensible à la pression.

Opération. — Le 22 avril 1905, après avoir placé un coussin sur la région dorso-lombaire, nous faisons en avant une incision onduleuse qui commence un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde, à droite de la ligne médiane descend presque verticale, légèrement oblique en bas et à droite, puis s'incurve fortement à droite au niveau de la tumeur pour redevenir verticale sur le bord externe du grand droit. Le ventre ouvert, nous nous trouvons en présence d'une tumeur arrondie fluctuante, recouverte par le grand épiploon, située au-dessous de la partie

droite de la grande courbure de l'estomac et de la première portion du duodénum, au-dessus du colon transverse. Nous la ponctionnons et en retirons un litre de liquide. Nous fixons une collerette de péritoine postérieur au péritoine antérieur, puis incisons le kyste. Sa paroi est épaisse d'un centimètre; quelques catguts fixent les bords de l'incision du kyste à la paroi musculo-aponévrotique de l'abdomen. Un gros drain y est laissé à demeure. Le reste de la plaie est suturé.

L'examen d'un fragment de la paroi excisé au cours de l'opération, et fait par mon assistant le Dr Lecène a montré qu'elle était constituée por du tissu conjonctif dense, peu vasculaire, infiltré en certains points de petites cellules rondes : à l'intérieur du kyste, la paroi était tapissée par un endothélium très aplati, en couche continue, rappelant absolument celui qui tapisse les vaisseaux lymphatiques. En somme les caractères histologiques sont ceux d'un kyste d'origine lymphatique ou péritonéale.

Les *suites opératoires* ne présentèrent rien de particulier en dehors de ce fait que vers le dixième jour la malade rendit dans son pansement une sorte de fausse membrane composée de fibrine, de leucocytes polynucléaires et de placards d'endothélium desquamés; endothélium formé de cellules polygonales se touchant les unes les autres, et tout à fait comparable à l'endothélium péritonéal.

Le 30 mai la malade quittait le service entièrement guérie, sans fistule.

Avant de connaître l'examen micrographique de la paroi de ce kyste, je croyais avoir opéré un kyste du pancréas, étant donné le siège anatomique de la tumeur. Il est bien évident qu'avec l'examen histologique que je vous apporte, il s'agit là de kyste du mésocolon, kyste, soit d'origine lymphatique, soit lié à un accolement incomplet des méso, nous ignorons encore la pathogénie exacte de ces kystes. Si notre collègue Potherat a conservé la pièce de sa malade, il sera intéressant qu'il nous apporte le résultat de l'examen micrographique. Dans le cas où il serait comparable à celui que je vous présente, les deux observations seraient presque superposables et conduiraient à nous demander si un certain nombre des observations de kystes dits pancréatiques, opérés et guéris, n'étaient pas dans la réalité des kystes du méso développés entre l'estomac et le colon transverse, kystes présentant au point de vue topographique un siège et un développement qui les rapproche de ceux du pancréas, mais différant de ces derniers par leurs connexions intimes, leur structure et leur origine. Il y a dans tous les cas, là, un point sur lequel je désirais attirer votre attention.

M. Potherat. — Ma pièce est à l'examen histologique. Dès que

j'aurai le résultat de cet examen, je vous le communiquerai comme je vous l'ai promis.

Je rappelle seulement que, dans mon cas, le kyste siégeait non à droite, mais à gauche, très à gauche, ce qui serait une présomption, je dis seulement présomption, que le point de départ ne serait pas le pancréas. Mais, fait péremptoire, qui élimine tout à fait l'origine pancréatique, c'est que j'ai énucléé totalement le kyste, que je l'ai suivi point par point au niveau de sa paroi externe, et j'ai pu ainsi acquérir la certitude que le pancréas ne servait pas de point de départ au kyste que j'ai opéré. Je profite de cette occasion pour dire que ma malade opérée, il y a trois semaines et demie, est aujourd'hui totalement guérie.

Présentations de malades.

Résection des deux coudes pour ankylose rhumatismale.

M. Lucas-Championnière. — La malade que je vous présente est intéressante à plusieurs titres ; d'abord il s'agit de résection des deux coudes, ce qui n'est pas chose très commune.

Cette résection double a été faite pour une adulte âgée de trente-trois ans au moment de la première opération, et dont l'ankylose bilatérale datait de plusieurs années quand on me l'a présentée.

Les atteintes du rhumatisme qui ont amené cet état n'ont jamais cessé depuis ce temps.

Douleurs de presque toutes les articulations, douleurs de la colonne vertébrale, semi-ankyloses des épaules.

Malgré cela l'opération faite sur le coude gauche en juillet 1897, il y a huit ans, sur le coude droit en 1899 ont donné les résultats les plus favorables.

Malgré la gêne que la douleur et l'enraidissement des autres articulations déterminent chez elle, elle s'est constamment servie de ses coudes. Ceux-ci sont restés parfaitement solides.

Malgré l'état rhumatismal et les douleurs, ils n'ont présenté aucune tendance au retour de l'ankylose.

Au point de vue de la forme, le coude gauche est moins satisfaisant que le coude droit pour deux raisons.

La première, c'est qu'en vue de la possibilité du retour de l'ankylose j'ai exagéré la perte de substance nécessaire.

La seconde, c'est qu'on a fait faire à cette malade des mouvements intempestifs mal mesurés que je n'avais pas demandés.

Le coude droit, traité un peu plus économiquement et surtout surveillé de plus près lors du traitement secondaire, est beaucoup plus satisfaisant d'aspect.

La constatation de ces faits huit et six ans après l'opération mérite d'attirer votre attention.

En vous montrant les radiographies, je vous ferai encore remarquer que malgré un retour excellent des mouvements et des fonctions du membre, la forme des surfaces articulaires n'est point revenue.

C'est un fait constant, que l'on conserve le périoste ou qu'on ne le conserve pas. C'est par suite d'une erreur d'interprétation qu'Ollier avait soutenu le contraire.

Dans une observation fameuse dont il avait présenté les dessins et les pièces, la disposition des parties était tout à fait identique à celle que vous montre cette radiographie.

Il se fait une sorte d'éburnation des surfaces qui frottent, une sorte d'articulation nouvelle.

Peut-être comme pour le coude droit, des noyaux osseux se développent-ils à la périphérie. Mais il n'y a retour vers la forme, ni pour la trochlée, ni pour le crochet olécranien.

En revanche, la musculature est bonne et en faisant l'essai de tous les mouvements du triceps par l'élévation du coude, on pourra voir que la solidité est très satisfaisante.

La malade âgée de quarante et un ans est en traitement non interrompu pour ses rhumatismes forme chronique, douloureux et à tendance ankylosante. Cependant, après ce long laps de temps et sans aucune interposition tendineuse ou musculaire, il n'y a pas de tendance à une ankylose nouvelle.

Kyste hydatique de la face convexe du foie traité par la réduction sans drainage.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter une femme de quarante-deux ans que j'ai opérée d'un kyste hydatique de la face convexe du foie.

Ce kyste volumineux avait déformé le thorax et remontait à quatre doigts au-dessus du mamelon.

Il aurait été tout à fait indiqué de l'aborder par la voie thoracique, je ne l'ai point fait cependant pour la raison suivante. Au-dessous du foie abaissé en masse, on sentait une tumeur qui ressemblait à une vésicule biliaire distendue. Je me demandais s'il ne s'agissait pas d'une cholécystite et je voulais pouvoir l'aborder

par la méme incision. J'ai donc passé par la voie abdominale et fait une incision latérale antérieure.

Par cette incision, je ne pouvais atteindre que la partie inférieure du kyste. Je l'ai ponctionné juste à la ponction du kyste et du tissu hépatique. Le liquide n'était pas eau de roche, mais légèrement trouble. J'insiste sur ce point. Cet aspect du liquide prouve non pas que le kyste soit infecté, mais simplement que les hydatides sont mortes. Il indiquait que l'injection de formol n'était point utile, mais il ne commandait pas le drainage, aussi n'en ai-je point fait.

On a recueilli 3 700 centimètres cubes de liquide et l'évacuation n'a pas été complète. Le trocart étant beaucoup trop court pour pénétrer jusqu'au fond de la poche, il est resté une notable quantité de liquide que j'ai enlevé avec des compresses. Il est certain que le kyste renfermait plus de quatre litres de liquide.

A mesure qu'il se vidait, le foie remontait et l'orifice de ma ponction disparaissant sur les fausses côtes devenait inaccessible. Aussi ai-je été obligé de faire une résection du rebord costal. J'ai fait cette résection en présence de notre collègue Auvray, qui se trouvait par hasard ce jour-là dans mon service. Je l'ai faite très simplement, et d'un coup de pince après avoir dénudé à la rugine les deux faces externe et interne des cartilages costaux. Elle m'a donné un jour très suffisant pour que je puisse ouvrir le kyste par une large incision transversale.

J'ai alors enlevé d'un seul coup la vésicule mère qui était décollée et qui ne contenait que deux ou trois vésicules filles et j'ai complété l'assèchement de la cavité en pompant le liquide avec des compresses aseptiques.

Tout capitonnage était rendu impossible par la situation de la poche.

Je commençai la suture de l'incision hépatique, mais à mesure que l'orifice se rétrécissait, il se faisait une traumatopnée sous-diaphragmatique de plus en plus intense. A chaque mouvement inspiratoire l'air pénétrait dans le kyste et en était chassé avec des sifflements. Je n'ai malheureusement pas noté si, comme cela est probable, la pénétration de l'air se faisait pendant l'expiration.

Toujours est-il que la présence de l'air empêchait les parois de s'accoler et maintenait une cavité de vastes dimensions qui pouvait compromettre le résultat de mon intervention.

Pour supprimer cette cavité et obtenir l'accolement des parois, j'ai eu recours à l'artifice suivant.

Ayant suturé presque toute l'incision hépatique, je laissai un orifice d'un centimètre au plus. Je passai sans les serrer deux fils d'attente dont la striction devait compléter la fermeture hermé-

tique de l'orifice, car la paroi était épaisse. Entre les deux fils j'introduisis un tube de caoutchouc, et par ce tube je fis faire de l'inspiration. A mesure que l'air était aspiré, on voyait le foie remonter vers le diaphragme. Je n'arrêtai l'aspiration que lorsqu'il vint un peu de sang; alors le tube fut rapidement retiré en même temps qu'on serrait les deux fils d'attente. Il ne pénétra pas une bulle d'air; les organes avaient repris leur place.

Il me fut alors facile de constater que la tumeur qui m'en avait imposé pour une cholécystite était due à une hypertrophie irrégulière du foie.

Je suturai la paroi sans faire le moindre drainage.

Les suites opératoires ont été fort simples. La température n'a pas dépassé 37°8. La malade s'est levée le vingtième jour et vous pouvez constater qu'elle est parfaitement guérie.

M. Quénu. — Je compte vous présenter un malade que j'ai opéré il y a quinze jours pour un kyste hydatique de la face convexe renfermant 3 litres et 1 quart. Je l'ai abordé latéralement par la voie transpleurale : après une injection de formol préalable, j'ai enlevé la membrane fertile et suturé le kyste. La réunion a été obtenue et le foie qui débordait d'un travers de main est actuellement caché sous le rebord costal.

J'ai déjà démontré ici que les kystes de la face convexe sont justiciables de la réunion. L'observation de M. Delbet et ma deuxième observation viennent à l'appui de cette pratique.

Quant à l'aspect louche du liquide, il peut répondre à un contenu stérile mais on n'en est pas sûr. J'ai fait examiner le liquide dans ces conditions il renfermait des microbes, mais les ensemencements restèrent stériles et la réunion a été obtenue après formolage. Je conseille donc, quel que soit l'aspect du liquide, de pratiquer une injection préalable de solution formolée.

Péritonite tuberculeuse et laparotomie.

M. Potherat. — Je vous présente, Messieurs, deux malades d'âge très différent (l'une a aujourd'hui quarante-quatre ans et l'autre dix-neuf ans), et qui ont présenté toutes deux la même affection : une péritonite chronique, bacillaire, avec ascite.

Par une heureuse coïncidence, ces deux malades que j'ai opérées le même jour, et que j'avais perdu de vue, sont revenues me trouver à l'hôpital de Bon-Secours pour des affections nouvelles qui m'ont permis de confirmer mon diagnostic s'il avait pu être

douteux, et de constater les résultats de l'intervention que j'avais pratiquée chez ces deux malades.

C'est le 9 août 1901 que je suis intervenu chez mes deux malades, il y a maintenant tout près de quatre ans; les résultats obtenus ont donc pour eux la consécration du temps.

Ces deux malades, avec les phénomènes fonctionnels habituels à la péritonite bacillaire et l'atteinte grave à l'état général qui l'accompagne, étaient porteuses d'un ventre volumineux, saillant en avant, saillant dans les flancs, mat à la percussion, à contenu liquide, donnant la sensation de flot, se déplaçant dans le décubitus latéral, sans crépitation péritonéale, sans noyaux ni plaques d'induration.

Les malades avaient été tenues assez longuement en observation, le diagnostic s'imposait, et, encouragé par de beaux succès obtenus antérieurement, je les décidai à se faire opérer.

Voici, copiées sur le recueil destiné à cet usage, les notes que j'ai dictées, le 9 août 1901, jour même de l'opération :

Première malade, quarante ans. Ouverture du ventre, évacuation d'un abondant épanchement ascitique. L'intestin et le péritoine pariétal, plus particulièrement dans le petit bassin, sont farcis de granulations, les unes petites, miliaires, translucides, les autres jaunâtres, de la grosseur d'une lentille. Ces granulations sont extrêmement abondantes sur l'utérus et les annexes, mais ces organes ne paraissent pas présenter de lésions propres à eux-mêmes.

Deuxième malade, quinze ans. Ouverture de l'abdomen, évacuation d'un très abondant épanchement ascitique. Semis très serré de granulations fines, miliaires, de plus en plus abondantes au fur et à mesure qu'on se rapproche du petit bassin, où elles sont presque confluentes, en particulier sur les organes génitaux internes. Pas de lésions appréciables de ceux-ci. Leur aspect est blanc nacré, translucide.

Le petit bassin, complètement rempli de liquide ascitique, est vide d'anses intestinales; celles-ci restent suspendues au-dessus, même après l'évacuation du liquide ascitique; elles sont maintenues entre elles par une agglutination d'aspect gélatineux.

Ces deux malades sortirent guéries, l'une le 15 septembre, l'autre le 14 novembre. A part une visite de l'une d'elles, la plus jeune, en mars 1902, visite qui m'avait permis de constater son bon aspect général et local, je les avais totalement perdues de vue lorsqu'elles me revinrent cette année, l'une, la plus âgée, le le 10 avril, l'autre, la plus jeune, il y a quelques jours seulement.

Celle-ci revient pour une lésion suppurée, ulcéreuse, qu'elle porte au-dessus du coude gauche. Il suffit de jeter un coup d'œil

sur cette lésion pour reconnaître une adénopathie bacillaire sus-épitrochléenne, ramollie, et ulcérée spontanément. Cette lésion est la signature de l'infection qui avait provoqué la péritonite. De ce côté, la malade paraît totalement guérie. Son état général est d'ailleurs excellent; elle a toutes les apparences et les attributs de la santé.

L'autre, celle qui a actuellement quarante-quatre ans, venait me trouver parce que son ventre, depuis quelques mois, redevenait saillant et lourd, comme il y a quatre ans. Je crus d'abord qu'il s'agissait d'une récidive; pourtant l'aspect général était excellent, et, à part le développement du ventre, il n'y avait aucune douleur, aucun trouble digestif.

A l'examen direct, je constatai vite que je me trouvais en présence d'une tumeur bien délimitée, arrondie, lisse, fluctuante, kystique pour tout dire.

Je pratiquai une nouvelle laparotomie et me trouvai en présence d'un kyste des annexes du côté gauche. Ce kyste était un kyste du ligament large, par conséquent sans pédicule, et que j'extirpai en totalité. Les suites en furent des plus simples, et la malade guérit aussi rapidement que possible. Là, rien d'intéressant; mais ce qui mérite d'être signalé, c'est que dans l'abdomen de cette malade il n'y avait *point d'ascite*, *pas d'adhérences ni traces d'inflammation*, et *aucune granulation* perceptible au doigt ou à l'œil. La séreuse était partout régulièrement lisse et d'aspect parfaitement normal.

Voilà donc, Messieurs, deux malades atteintes de péritonite très certainement bacillaire, et restées guéries près de quatre ans après l'intervention que j'avais pratiquée sur elles. Cette intervention a consisté dans ceci : laparotomie médiane, évacuation de l'ascite, assèchement du péritoine à l'aide de compresses aseptiques, puis fermeture totale de la paroi abdominale antérieure sans lavage préalable, sans drainage.

Personnellement, je suis opposé au drainage; il a un inconvénient important : il concourt à l'ensemencement de la paroi. On voit celle-ci se tuberculiser au niveau du passage du drain, sécrétion, boursoufflement, bourgeonnement, etc. De ce point, les lésions s'étendent aux points voisins de la suture, qu'elles détruisent de proche en proche.

Ces deux faits n'apportent aucun élément à la solution de cette question : comment agit la laparotomie dans la péritonite bacillaire? Cette solution est encore dans l'ombre, sinon dans les ténèbres. Jusqu'au jour où elle pourra être mise en lumière, il faut nous contenter d'enregistrer les résultats de l'intervention chirurgicale et de noter que cette intervention simple, facile,

innocente peut amener la guérison certaine, prolongée, durable, sinon définitive.

M. Arrou. — J'ai observé, ces dernières années, un cas de péritonite tuberculeuse qui se rapproche quelque peu de celui de notre collègue M. Potherat.

En 1897, une jeune femme se présente à Saint-Antoine, dans le service de M. Monod, avec tous les signes d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, Il n'y avait ni fièvre, ni pleurésie, ni localisation autre de l'infection bacillaire. Le cas était donc excellent. Je fis à cette malade une laparotomie et trouvai des granulations, des adhérences et du liquide. Après évacuation aussi complète que possible de celui-ci, les anses accessibles furent lavées à grand renfort de sérum de Hayem chaud, et l'intervention se termina par une suture très hermétique à trois plans.

Tout alla pour le mieux, et dans les mois qui suivirent, je reçus à différentes reprises la visite de cette malade, qui se félicitait de sa bonne santé et de l'heureux résultat de son opération.

En 1901, soit à quatre ans de distance, elle vint me retrouver avec les signes indéniables d'une nouvelle poussée de bacillose péritonéale. C'était encore la forme ascitique. Même bon état général, même absence d'autres signes d'infection tuberculeuse. Je pratiquai une deuxième laparotomie, trouvai non plus des adhérences, mais seulement des granulations d'aspect ferme, lavai comme autrefois au sérum, et fis une bonne suture à étage. Tout alla bien.

Mais il était écrit que je n'en avais pas fini avec cette malade, ou plutôt qu'elle n'en avait pas fini avec la chirurgie. Deux ans plus tard, en 1903, je la vis revenir avec des métrorragies, quelques vagues douleurs abdominales, et un certain amaigrissement. Pas de lésions pulmonaires.

L'examen gynécologique me montra la présence, à droite, d'une masse volumineuse comme un poing d'adulte, extrêmement dure, comme ligneuse, immobile, accolée à l'utérus, mais franchement latérale. Tout le monde fit le diagnostic : il s'agissait d'une trompe tuberculeuse. Je la lui enlevai quelques jours plus tard. Mais, au cours de cette troisième laparotomie, je ne trouvai plus dans le ventre de brides ni de granulations. Tout était sain, normal, et personne n'eût pu supposer que, par deux fois, une péritonite à granulations et à adhérences avait évolué dans la totalité ou la presque totalité de cet abdomen.

Je puis, en terminant, ajouter que mon opérée est encore à l'heure actuelle dans un état satisfaisant, très reconnaissante à ceux qui, par trois fois, sont venus à son secours.

Tumeur blanche du poignet.

M. Savariaud présente un malade atteint de tumeur blanche du poignet, traitée par les injections d'éther iodoformé. — *Rapporteur* : M. Kirmisson.

Présentations de pièces.

Appendice iléo-cæcal. Faux aspect de myxome.

M. Routier. — L'appendice que je vous présente est intéressant surtout au point de vue anatomique.

La malade, jeune femme de vingt-sept ans, eut une première crise d'appendicite aiguë en mars; à peine remise, elle eut une seconde crise le 2 mai; celle-ci, beaucoup plus violente, l'amena dans mon service.

Elle entra au cinquième jour de sa crise avec 39°5, un pouls rapide, mais surtout une réaction locale; la fosse iliaque était le siège d'une tuméfaction notable, alors qu'il n'y avait certainement pas de péritonite.

Après cinq semaines d'apyrexie, la tumeur iliaque persistait toujours très grosse, ne bougeant pas; toutes les fonctions avaient repris.

De guerre lasse, je l'opérai ; je dus détacher à la paroi abdominale antérieure, dans le voisinage de l'arcade, une tumeur plus grosse que le poing que j'amenai au dehors.

De cette tumeur formée par l'intestin et l'épiploon, j'ai extrait cet énorme appendice gros comme une belle banane.

Les suites de l'opération ont été très simples ; la malade est aujourd'hui guérie.

Ce qui frappait dans cet appendice, outre son volume, c'est qu'il était plein d'une substance d'aspect sarcomateux, qui n'adhérait pas aux parois, et que, d'autre part, tout autour, il y avait comme une production de tissu nouveau.

Je laisse du reste la parole à M. Herrenschmidt, qui, très obligeamment, a bien voulu examiner cet appendice, le soumettre au contrôle de M. le professeur Cornil, et m'a donné la note suivante :

Examen anatomo-pathologique (3 juin 1905).

Appendice de 12-15 centimètres de long et de 4 centimètres de diamètre, adhérent à l'épiploon.

La coupe longitudinale montre une portion centrale grisâtre, une autre engainante plus blanche.

Histologie. — L'appendice proprement dit mesure plus de 15 millimètres de diamètre. Tout au centre on retrouve une faible lumière de forme étoilée avec quelques culs-de-sac glandulaires de très petites dimensions. Le reste de la paroi est formé jusqu'aux couches musculaires d'une infiltration lymphoïde homogène dans laquelle se dessinent des travées et un reticulum plutôt lourds, mais où on ne trouve plus traces de follicules constitués, de musculaire muqueuse ni de sous-muqueuse.

Dans les couches musculaires les fibres sont elles-mêmes dissociées ici par une infiltration lymphoïde, là par une exsudation liquide.

Au delà de l'appendice vrai le boudin enlevé se compose d'un tissu fibro-myxomateux épais : fibrilles conjonctives, cellules étoilées entre anastomosées, liquide muqueux, zones graisseuses, zones d'infiltration lymphocytaire.

Dans le cas actuel, il ne peut pas être question d'une tumeur. On se trouve en présence d'un appendice atteint d'*inflammation simple subaiguë*, d'où l'énorme quantité de tissu lymphoïde grossier qui compose presque exclusivement l'organe, et d'une *réaction extraordinairement étendue du tissu sous-péritonéal* qui s'est œdématié, gonflé tout autour de l'appendice en formant un tissu d'ordre myxomateux, jusqu'à donner à la totalité de l'appendice le volume d'une banane.

Tuberculose du cæcum à forme atrophique et sténosante.

M. Chaput. — Je vous présente une pièce de résection iléo-cæcale enlevée jeudi dernier pour une petite fistule pyo-stercorale occasionnée par une tuberculose locale.

Vous pouvez voir que l'intestin grêle est intact ; la valvule iléo-cæcale est indurée, épaissie et sténosée.

Le cæcum très atrophié est aussi très sténosé et ulcéré ; sa circonférence ne dépasse pas 15 à 20 millimètres, et le rétrécissement s'étend sur une hauteur de 5 à 6 centimètres.

Les parois du cæcum sont très épaissies, et on trouve dans le mésentère un grand nombre de ganglions du volume d'un gros pois.

Je reviendrai sur cette observation dans la prochaine séance.

Exostose de cause inconnue née sur la ligne âpre du fémur gauche chez un homme de quarante-deux ans.

M. Lucas-Championnière. — La pièce que je vous présente est intéressante à bien des points de vue. C'est une exostose énorme

puisqu'elle avait plus de 20 centimètres de long et pesait plus de 150 grammes.

Je l'ai enlevée au cours d'une opération faite chez un homme de quarante-deux ans que j'ai opéré à l'Hôtel-Dieu le 22 juin 1905.

Cet homme était entré déjà depuis quelque temps dans mon service et j'hésitais pour intervenir parce qu'il présentait une tumeur de la cuisse gauche sur laquelle le diagnostic était assez difficile à établir. Tumeur indolente, en fuseau, occupant toute la partie moyenne de la cuisse gauche. D'après le malade, l'apparition de la tumeur avait été de date récente. Trois mois auparavant il avait fait une chute et un trousseau de clefs qu'il avait dans la poche gauche de son pantalon l'avait heurté violemment. Il aurait même eu en ce point une ecchymose.

Au palper, la tumeur enveloppant tout le fémur était d'une grande dureté, mal limitée à sa périphérie; on ne la pouvait isoler des masses musculaires.

Deux radiographies donnaient des aspects assez différents. Dans l'une il semblait que, dans la profondeur, une tumeur assez diffuse enveloppat le fémur. Dans l'autre une saillie assez nette semblait plutôt celle d'une saillie osseuse greffée sur le fémur.

On ne pouvait guère faire le diagnostic différentiel entre une exostose et un sarcome enveloppant le fémur.

Une grande incision exploratrice fut faite et conduisit sur une exostose qui, partie en arrière de la ligne âpre, enveloppait complètement le fémur. Son détachement fut très laborieux, accompagné d'un écoulement de sang considérable. Une grande partie de la tumeur dut être enlevée en fragments à coups de ciseau après l'ablation de la partie principale. Le pédicule sur la ligne âpre saignait beaucoup.

Large drainage. Suites très simples.

Il était évident que le récit du malade devait être rejeté.

La tumeur s'était développpée lentement en arrière du fémur et non en avant. Elle avait déjà un développement considérable lors de l'accident qu'il rapportait et ses clefs avaient vraisemblablement heurté cette tumeur et causé la douleur ressentie.

Le volume et le siège de cette tumeur sont tout à fait exceptionnels. La radiographie n'avait pu donner que des indications très imparfaites.

Le secrétaire annuel.

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1905

Présidence de M. Schwartz.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° — Une note de M. le Dr Defontaine (du Creusot), membre correspondant.

Lectures.

Sur l'emploi de la scopolamine comme anesthésique,

par M. DEFONTAINE (du Creusot),

Membre correspondant national.

La lecture du rapport de mon maître le professeur Terrier (15 février 1905) sur la note de M. Desjardins (30 décembre 1904) m'ayant inspiré le désir d'essayer cet anesthésique, j'ai pu, dans les premiers jours du mois, me procurer une solution préparée par M. Bourquet, renfermant, comme celle qui est employée par M. Terrier, 1 milligramme de scopolamine et 1 centigramme de morphine par centimètre cube.

J'ai toujours pensé que l'anesthésie chloroformique ou éthérée était un facteur de gravité très important, même en faisant abstraction des dangers immédiats de la narcose. Cette opinion m'a conduit à pratiquer des opérations sans anesthésique ou

après une simple injection de morphine, particulièrement des hernies; j'ai même pratiqué ainsi quatre gastro-entérostomies dont deux en Y, plusieurs grandes ovariotomies, et une hystérectomie abdominale, totale pour gros fibrome. Bien que les sections et sutures viscérales soient presque insensibles, il n'en est pas de même de l'action d'éponger et de déplacer les organes ; aussi une telle pratique ne pouvait être que limitée aux cas pour lesquels la narcose était particulièrement redoutable. J'étais donc tout disposé à accueillir un anesthésique comme la scopolamine.

Le premier malade chez qui je l'employai le 3 mai 1905 était un vieillard de soixante-treize ans, atteint de hernie. Une heure après injection d'un centimètre cube de la solution, je l'opérai.

Pendant les manœuvres il accusa quelque sensibilité, fit entendre quelques plaintes, fit des mouvements légers du bassin, mais l'opération ne fut en rien entravée.

L'état de somnolence avec dilatation des pupilles, légère congestion de la face, persista environ quatre heures et fut suivie de quelques hallucinations et d'un peu de divagation. L'opéré ne se souvint pas d'avoir souffert.

Je conclus de ce premier fait qu'au moins à cet âge, il était prudent de ne pas faire trois injections successives à la même dose. C'est ainsi que j'ai été naturellement conduit à la pratique que j'ai suivie, à savoir :

Une seule piqûre d'un centimètre cube de la solution.

Une heure après, opération sans chloroforme, si l'opération est peu importante et ne semble pas douloureuse.

Complément d'anesthésie au chloroforme dans les autres cas (goutte à goutte sur compresses en double épaisseur qu'on ne retourne pas).

Depuis le 3 mai dernier, j'ai ainsi fait trente opérations à la scopolamine, dont six sans chloroforme et vingt-quatre avec chloroforme.

Les premières comprennent quatre cures radicales de hernies, une hernie étranglée et un arrachement de chicots multiples.

Les anesthésies mixtes à la scopolamine et au chloroforme comprennent :

11 laparotomies, savoir :

- 2 hystérectomies abdominales totales pour fibrome.
- 2 hystérectomies subtotales pour fibrome.
- 1 ovariotomie de kyste à pédicule tordu.
- 1 double ovariotomie pour dégénérescence kystique.
- 1 ablation de l'ovaire droit kystique et appendicectomie.
- 1 gastro-entérostomie de Wolfler pour rétrécissement annulaire prépylorique formant presque estomac biloculaire.

2 appendicites opérées à froid, dont 1 pour accidents d'occlusion par adhérences.
1 vaste kyste purulent intra-abdominal d'origine probablement appendiculaire, ouverture et drainage après fixation de la paroi.
2 cures de hernies dont 1 énorme, opérée sur plan incliné et 1 crurale double avec lipome rétro-trochantérien.
3 carcinomes du sein et des ganglions de l'aisselle.
1 résection du genou pour tumeur blanche.
1 cystostomie pour prostatisme très douloureux.
1 tuberculose péritendineuse dorsale du poignet, curettage.
1 hémorroïdes et fissure anale, dilatation et thermo-cautérisation.
1 carcinome sous-maxillaire, ablation de la glande, des ganglions et d'une partie de l'os maxillaire inférieur.
2 néoplasmes des fosses nasales, dont 1 polype muqueux énorme, remplissant le pharynx, avec arrachement prémédité du cornet inférieur.
1 fibrome intra-utérin, section du col et morcellement.

Pendant la même période, j'ai fait trente-deux autres opérations, dont seize avec anesthésie au chloroforme seul, quatre à la cocaïne, trois à la morphine et enfin dix, sans anesthésie. J'ai donc été très éclectique jusqu'ici, je le serai encore, mais en raison des résultats donnés par la scopolamine, je l'emploierai plus souvent.

Je ne saurais en effet considérer comme inconvénient l'état de subdélire, de divagation que montrent à un degré très léger d'ailleurs et pendant une journée seulement, quelques opérés. Je n'ai pas observé de tendance hémorragique attribuable à la scopolamine comme le fait a été signalé après l'injection de doses élevées. Dans mes laparotomies je n'ai pas vu de contracture appréciable.

Je trouve au contraire, à l'usage de la scopolamine, des avantages multiples.

Elle supprime l'inquiétude avant l'opération. Au lieu d'être obligé, dans bien des cas, de commencer l'anesthésie dans la chambre du malade, on l'introduit sans appréhension dans la salle d'opérations. Les soins d'asepsie préopératoire lui sont indifférents. J'estime qu'il y a surtout grand avantage, de ce fait, pour les opérations gynécologiques, car la toilette vaginale (que je fais moi-même) était toujours pénible.

Dans un cas, j'ai retiré de la scopolamine un avantage d'un genre particulier. La malade, souffrant depuis trois ans d'hémorroïdes avec fissure, me déclara, le matin de l'opération, qu'elle allait mieux et qu'il était inutile de l'opérer. Sans la scopolamine, elle se serait refusée à l'intervention, tandis qu'un moment après,

elle ne discutait plus et l'opération si nécessaire se faisait régulièrement.

Lorsqu'on ne donne pas de chloroforme, les malades accusent de la douleur pendant l'opération, mais déclarent ensuite qu'ils ne se souviennent de rien.

Enfin, et c'est là le principal avantage, l'anesthésie chloroformique est facilitée dans d'énormes proportions. La dose de chloroforme nécessaire est le plus souvent minime, l'anesthésie se produit promptement, la période d'agitation ne se manifeste pas, ou reste très atténuée, même chez les sujets pour qui elle eût été certainement violente et prolongée. L'interruption dans l'administration du chloroforme qui provoque si généralement des nausées lorsqu'on revient à de nouvelles doses d'anesthésique, est possible sans cet inconvénient. L'anesthésie est en somme beaucoup plus régulière, l'administration du chloroforme demande moins de doigté, moins d'expérience, et peut plus facilement être confiée à un aide moins expérimenté, ce qui n'est pas négligeable à la campagne. A la fin des opérations, on peut cesser plus tôt l'administration du chloroforme, ce qui contribue encore à diminuer la dose absorbée par l'opéré.

Après l'opération, mes malades n'ont pas vomi, ce qui paraît dû, tant à la dose moindre de chloroforme, qu'à l'état d'engourdissement que la scopolamine maintient pendant quelques heures durant lesquelles les souffrances post-opératoires se trouvent très atténuées.

Je n'ai pas osé donner la scopolamine aux enfants, n'ayant pas d'indications sur les doses qui conviennent aux divers âges au-dessous de quatorze ans. Cette lacune sera certainement bientôt comblée.

Il y aurait également lieu d'étudier les effets de l'anesthésie à l'éther après injection de scopolamine.

Quoi qu'il en soit, nous avons dès aujourd'hui, dans l'emploi de la scopolamine, un perfectionnement des moyens connus d'anesthésie générale, et nous devons savoir gré au professeur Terrier d'avoir appelé sur lui l'attention des chirurgiens français.

Je n'hésite pas à conclure que l'anesthésie mixte à la scopolamine (un milligramme pour l'adulte) combinée à la chloroformisation, constitue un progrès de nature à étendre l'action chirurgicale.

M. Marion lit un mémoire intitulé : *Deux observations de kystes hydatiques du foie.* Rapporteur : M. Delbet.

A propos de la correspondance.

M. Broca dépose sur le bureau de la Société un mémoire de M. Jeanbrau intitulé : *Double pied bot varus equin congénital. Désossement des deux pieds suivant la méthode de Championnière.*

Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Broca est nommé rapporteur.

M. Quénu dépose une note de M. le Dr Colle, intitulée : *Dégénérescence cancéreuse d'un moignon vaginal à la suite d'une hystérectomie vaginale pour fibrome.*

Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Quénu est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Tuberculose iléo-cæcale.

M. Routier. — Dans une de nos dernières séances, à propos de la restauration de l'intestin après résection du segment iléo-cæcal, je vous disais que je préférais la suture par anastomose latérale après fermeture en bourse des deux bouts et enfouissement de cette ligature.

Permettez-moi de vous rappeler qu'en 1896, j'ai présenté ici la pièce provenant d'une résection iléo-cæcale que j'avais pratiquée en me servant pour la restauration de l'intestin du bouton de Murphy.

Le malade avait d'abord paru très bien, puis il se fit de l'occlusion chronique que je ne sus pas bien voir, et le huitième jour le malade mourait ; il est vrai qu'il présentait deux perforations tuberculeuses sur le jéjunum, mais, au niveau de mon anastomose, le bouton de Murphy était parfaitement obturé par du pus à consistance de mortier.

A la même époque, quelques jours plus tôt ou plus tard, pareil accident était signalé par le professeur Czerny (d'Heidelberg), et sans nous être donné le mot, chacun de nous concluait en même temps qu'il était dangereux d'employer le bouton de Murphy sur la longueur de l'intestin, et que ce moyen recommandable par la rapidité de son exécution devait être réservé aux anastomoses gastriques.

J'ai depuis refait des résections du tégument iléo-cæcal, et toujours j'ai fait la suture dont je vous parlais au début, avec de la soie très fine ou du fil de lin monté sur des aiguilles de couturière. Ce sont ces faits que je viens aujourd'hui vous communiquer.

Permettez-moi de commencer par un cas qui fut pour moi particulièrement dramatique :

Un homme de vingt-sept ans fut pris, en janvier 1902, de tous les symptômes d'une appendicite aiguë. On était bien averti dans la maison, car deux ans avant j'avais opéré sa jeune femme d'une appendicite.

Quand tout fut apaisé, — la crise n'avait pas été très violente, — je jus prié par le malade lui-même de le débarrasser de son appendice.

Ce n'est que sous l'anesthésie que je trouvai une vraie tumeur dans la fosse iliaque droite.

La laparotomie me permit de mettre à nu une grosse masse verruqueuse lardacée formée par le cæcum et l'iléon ; l'appendice presque détaché du cæcum par une perforation siégeait à la base, faisait partie d'un abcès sanieux; c'était là probablement la cause de cette dernière crise.

La masse tenait à la fosse iliaque et aux vaisseaux surtout, de telle façon qu'il me parut imprudent de l'en détacher complètement. Je dus donc laisser la tumeur en place, et je pratiquai au-dessus une entéro-anastomose entre la partie saine de l'iléon et le côlon ascendant.

Le tout fut drainé et nettoyé, mais le malade ne survécut que quelques jours.

J'ai été plus heureux dans trois autres cas : en 1902, une femme de trente-cinq ans, qui avait eu trois enfants, présentait depuis quatre mois des crises répétées à douleurs abdominales avec vomissements et douleur à droite. Quand je la vis pour la première fois, elle avait un gros empâtement dans la fosse iliaque droite, avec le point de Mac Burney très sensible.

Après quelques semaines, elle était toujours dans le même état; je me décidai à l'opérer.

Le 11 octobre 1902, laparotomie et mise à nu d'une énorme tumeur iléo-cæcale dont la libération fut fort laborieuse; je dus disséquer toute la fosse iliaque; on voyait l'uretère et les vaisseaux iliaques à nu.

Je pus amener la tumeur au dehors; je réséquai cette tumeur entre deux clamps caoutchoutés placés l'un sur l'iléon et l'autre sur le côlon. La suture fut faite ainsi que je l'ai indiqué, et la malade guérit parfaitement sans fistule.

Elle est encore aujourd'hui en très bon état.

En novembre 1903, j'ai fait la même opération à une jeune fille de dix-sept ans, qui avait eu aussi depuis plusieurs mois de fausses attaques d'appendicite; elle avait une diarrhée continuelle, et on sentait facilement une énorme tumeur dans la fosse iliaque droite.

Outre la résection de la tumeur iléo-cæcale, j'ai enlevé chez cette enfant cinq ou six ganglions gros comme de petits œufs de poule qui remontaient jusqu'à l'attache du mésentère.

De ces ganglions, les uns étaient simplement rouges et enflammés, d'autres étaient caséeux, avec de petits abcès.

Les suites abdominales furent très simples; il n'y eut pas de fistule, la diarrhée persista au moins deux mois; mais elle eut une parotidite gauche suppurée qui s'évacua suffisamment pour guérir par le canal de Sténon.

La santé de cette enfant a parfaitement repris, elle a engraissé et se porte très bien.

Il est intéressant de voir que presque toutes les tuberculoses iléo-cæcales à forme de tumeurs, provoquent le plus souvent des rétrécissements, et s'accompagnent de symptômes pouvant en imposer pour l'appendicite, sans avoir cependant les allures rapidement aiguës et infectieuses qu'on rencontre trop souvent dans cette maladie.

La persistance de la tumeur, qui reste la même quoiqu'on attende, l'existence surtout de la diarrhée peuvent faciliter le diagnostic.

Je rapprocherai volontiers de ces cas de tuberculose iléo-cæcale traités par la résection le cas suivant, qui pourrait être intitulé : appendicite tuberculeuse, tuberculose probable de la valvule iléo-cæcale, ganglions tuberculeux du mésentère, ablation de l'appendice et des ganglions, guérison constatée trois ans après.

Le nommé Ch. M... me fut adressé par mon collègue et ami Barth dans mon service de Necker pour une affection mal caractérisée de l'abdomen avec fièvre. Cet homme, âgé de trente-neuf ans, ne nous donnait aucun renseignement, à peine pouvions-nous savoir qu'il souffrait depuis une quinzaine de jours; il avait 40 degrés de température, le pouls rapide; sans occlusion intestinale; les points les plus douloureux étaient le foie et surtout la fosse iliaque : M. Barth avait pensé à un abcès du foie.

Après plusieurs examens, il me parut que c'était bien la fosse iliaque qui était malade; comme l'état général allait s'affaiblissant, j'intervins le 29 novembre 1902.

L'appendice était malade, gros, rouge, contourné, adhérent; je l'enlevai; j'examinai alors toute la région iléo-cæcale; il me parut que la valvule était épaissie, dure au toucher à travers les parois

du cæcum : mais ce qui surtout attira mon attention, ce furent des ganglions gros comme de belles amandes vertes qui remontaient en chaîne jusqu'aux insertions du mésentère.

J'enlevai trois de ces ganglions, qui furent donnés avec l'appendice pour pratiquer des inoculations qui furent positives, c'était de la tuberculose.

Deux jours après l'ablation des sutures, ce malade fut pris d'une violente quinte de toux, désunit sa cicatrice et expulsa une partie de ses intestins.

Mon interne, M. Lafoy, fut appelé d'urgence, rentra les intestins et refit une suture.

Le malade est parfaitement guéri, la fièvre disparut, l'état général s'améliora, non sans avoir présenté pas mal d'incidents, phlébite très légère de la jambe droite et petite embolie.

Six mois après, il avait gagné 23 kilogrammes de poids; tombé à 47 kilogrammes quand je l'avais opéré, il pesait en mars 1904 70 kilogrammes.

Je l'ai revu cette année en avril, il a un ulcère variqueux de la jambe droite, côté où il avait eu sa phlébite.

Voilà un cas de tuberculose de l'appendice, avec certainement une lésion de la valvule qui a guéri après l'ablation de l'appendice et de quelques ganglions; on peut dire que si on avait laissé évoluer la maladie, et si le malade avait pu en faire les frais, il aurait eu probablement plus tard de la tuberculose iléo-cæcale de la nature de celle que nous réséquons.

Je n'ai pas tenté une classification, ni cherché à classer cette maladie sous différentes formes, je me contente de vous soumettre les faits.

M. Tuffier. — Je me permets d'appeler votre attention sur trois points de l'histoire des tuberculoses iléo-cæcales; l'un a trait à la *technique pure*, le second au *diagnostic* et le troisième à la *thérapeutique.*

J'ai, en 1897, publié dans le *Journal de Gynécologie* la technique de l'extirpation iléo-cæcale, et j'ai joint quelques figures à ce texte; depuis cette époque je n'ai modifié ma technique que par l'*écrasement* du segment de l'intestin grêle et du côlon, à la façon de Doyen; c'est vous dire que je suis resté fidèle à l'anastomose latérale.

Je ne crois pas le diagnostic des tuberculoses iléo-cæcales toujours aussi facile que le ferait croire la présente discussion. Il existe des lésions qui sont *simplement inflammatoires*, et que les pièces en mains, il est particulièrement difficile de reconnaître. Notre président Schwartz a, je crois, signalé des faits semblables au

Congrès français de chirurgie de 1900 (p. 693). Peu après, en 1900, j'opérai avec mon ami Desfosses une jeune fille qui présentait une tumeur de la fosse iliaque, que je pensais de nature tuberculeuse. L'abdomen ouvert, il me fut impossible d'acquérir la certitude qu'il s'agissait bien d'une lésion bacillaire. Dans ces circonstances, je fis comme Schwartz l'anastomose iléo-colique et la tumeur diminua et disparut. Je crois donc nécessaire de bien connaître ces faits pour ne pas pratiquer de résections inutiles, car cette opération m'a paru d'une bénignité remarquable.

La tuberculose du cæcum n'est pas une entité morbide et *enlever le cæcum ne garantit par l'exérèse totale du processus.* J'ai opéré, à Beaujeon, il y a dix jours, un jeune homme de dix-sept ans chez lequel j'avais diagnostiqué une tuberculose cæcale. J'ai fait la résection des parties malades, mais l'opération a présenté ceci de particulier : au-dessus du cæcum, le côlon ascendant jusqu'au niveau de la vésicule biliaire était adhérent, sinueux, coudé, si bien que, craignant d'implanter le bout de l'intestin grêle dans un côlon irrégulier et rétréci, je fis la résection à la partie supérieure du côlon ascendant, et je pratiquai l'anastomose latérale. La pièce a été examinée à mon laboratoire par M. Mauté, il s'agissait d'une tuberculose cæcale, mais sur le *côlon ascendant réséqué existaient de nombreuses ulcérations tuberculeuses* surtout confluentes au-dessus du cæcum, ulcérations n'occupant que la muqueuse et qui ne permettaient pas de les sentir à l'extérieur du côlon. Je crois qu'il faudra toujours penser à la possibilité de ces lésions.

M. Quénu. — Le diagnostic des tuberculoses iléo-cæcales n'est pas toujours aussi simple qu'on l'a dit. Les lésions peuvent être différentes du type ordinaire, et à ce point de vue je me rapproche de M. Demoulin à l'encontre de M. Routier ; je communiquerai à la Société de chirurgie, dans la prochaine séance, l'histoire d'un malade chez lequel j'enlevai le cæcum et une partie du côlon ascendant avec le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale. Or, l'examen histologique n'a jusqu'ici révélé aucune lésion de tuberculose ; le côlon et le cæcum étaient couverts d'ulcérations simples d'apparence. Ils présentaient en outre des altérations polyadénomateuses.

M. Walther. — Je puis ajouter aux faits déjà cités une observation montrant la difficulté du diagnostic de la nature des lésions, alors même qu'on les voit.

En 1901, à l'hôpital de la Pitié, j'ai opéré une jeune fille qui avait eu, un an auparavant, un abcès pelvien d'origine appendiculaire spontanément ouvert dans le vagin.

Elle avait souffert encore de douleurs et de troubles d'origine appendiculaire. En 1901, je lui enlevai l'appendice que je trouvai dur, très altéré, descendant dans la cavité pelvienne.

A la base de l'appendice le cæcum était dur, bosselé par une tumeur en forme de plaque assez épaisse, régulièrement arrondie donnant exactement la sensation d'une pièce de cinq francs enchâssée dans l'intestin.

J'hésitai à faire la résection iléo-cæcale. Je me contentai d'enlever l'appendice parce que la continuité de l'induration avec la base de l'appendice me firent penser plutôt à une plaque inflammatoire, à une plaque de typhlite chronique.

Je me réservai d'intervenir secondairement et de faire la résection iléo-cæcale si l'examen de l'appendice, ou bien l'évolution des lésions, révélaient la nature tuberculeuse de l'affection.

Je dois dire que la guérison a été complète. Une induration cæcale appréciable à la palpation persista pendant quelques mois puis disparut. J'ai revu récemment la malade, qui est dans un état parfait.

M. Dumoulin. — Je ne puis partager l'opinion de notre collègue Routier. Toutes les tuberculoses cæcales ne se ressemblent pas. Il y a, à mon sens, comme je l'ai dit dans notre dernière séance (et cela résulte de mes nombreuses lectures), deux formes de la tuberculose iléo-cæcale, la forme hypertrophique et la forme ulcéro-caséeuse entéro-péritonéale.

La question des tumeurs inflammatoires de l'intestin vient d'être soulevée, on pense aujourd'hui, qu'un grand nombre de tumeurs intestinales décrites sous le nom d'inflammatoires, tumeurs que j'ai étudiées, il y a quelques années, avec mon regretté maître G. Marchant, sont des tumeurs tuberculeuses.

Il est bien certain que si on adopte les idées du professeur Poncet sur les tuberculoses inflammatoires, l'opinion que je viens de rapporter est très vraisemblable. Mais c'est là une trop grosse question, qui mériterait d'être discutée longuement ici, pour que j'y insiste; je me borne seulement à attirer votre attention sur elle.

Tuberculose du cæcum.

M. Chaput. — Tandis que la discussion sur la tuberculose du cæcum suivait son cours, j'opérais le 22 juin dernier un homme de vingt-cinq ans, qui avait subi l'appendicectomie en janvier 1904 et avait présenté à la suite de cette opération des fistules ster-

corales qui étaient apparues deux mois après l'opération. Au bout de quelques semaines, les matières avaient cessé de couler mais l'écoulement purulent avait persisté.

Quand je vis le malade, il présentait deux petites fistules punctiformes sur le trajet d'une cicatrice oblique, et la fosse iliaque ne présentait aucune trace d'induration. Je l'opérai le 22 juin 1905 ; je fis une incision oblique circonscrivant les fistules et je désinsérai le cæcum largement adhérent à la paroi ; je réséquai le trajet de la fistule et constatai alors que l'orifice de la fistule reposait sur une plaque de tissus indurés, impropres à la réunion. Il y avait même un gros noyau dur occupant le cæcum à la hauteur de la terminaison de l'iléon.

Le cæcum avait disparu en grande partie, il débordait à peine une horizontale passant par le bord inférieur de la fin de l'iléon.

Je fis avec des soies la coprostase de l'intestin grêle et du côlon ascendant, je coupai le mésentère et le liai, puis je sectionnai les deux bouts entre deux ligatures.

J'essayai de faire la suture circulaire, mais je constatai qu'elle était très difficile à exécuter à cause de la briéveté du côlon et du diamètre considérable de cet intestin. Je fermai donc le bout colique en cul-de-sac, puis je pratiquai l'implantation latérale de l'intestin grêle sur le côlon. Cette manœuvre fut très pénible, parce que l'intestin grêle avait un mésentère court, et parce que le côlon ne présentait une surface dépourvue de graisse qu'en arrière et en dehors ; je dus donc exécuter l'opération dans des conditions très pénibles. Je dois signaler quelques modifications de technique que j'ai employées dans cette opération.

Je n'ai pas fait de sutures muco-muqueuses et je les ai remplacées par des sutures séro-séreuses marginales. La muco-muqueuse présente, en effet, plusieurs inconvénients :

1° Elle est perforante, elle inocule les tissus et infecte le fil ;

2° Elle affronte mal, avec interposition de muqueuse entre les lèvres de la suture ;

3° En outre elle est inutile, car la laxité de la sous-muqueuse est si grande que les muqueuses se réunissent toujours l'une à l'autre lorsque la distance qui les sépare ne dépasse pas un centimètre. J'ai constaté ce fait sur le chien par l'examen histologique d'un grand nombre de sutures intestinales sans réunion de la muqueuse.

J'ai donc fait dans l'espèce deux étages de sutures séro-séreuses et pas de sutures muco-muqueuses.

J'ai employé encore une autre précaution. J'ai observé à plusieurs reprises, même lorsque les orifices d'anastomoses étaient bien ourlés de muqueuse, que les lèvres opposées s'agglutinaient

et ne laissaient pas passer les matières intestinales. J'ai constaté ce fait tout récemment à l'occasion d'une anastomose iléo-rectale qui ne fonctionnait pas ; je pus alors vérifier par le toucher rectal l'accolement des lèvres de l'anastomose ; je détruisis l'accolement avec le doigt et le cours des matières s'établit parfaitement. J'attribue l'accolement des lèvres de l'anastomose à la sécrétion d'une lymphe plastique extrêmement visqueuse et collante. Mais revenons à notre observation ; craignant l'oblitération de mon orifice anastomotique, j'y fixai un gros tube de caoutchouc au moyen de sutures.

Cette précaution donna un très bon résultat, le malade alla spontanément à la selle le troisième jour et il peut être considéré actuellement comme guéri.

Ce procédé du tube de caoutchouc a été recommandé par Dubourg (de Bordeaux); je crois, comme lui, qu'il est prudent de l'appliquer aux gastro-entérostomies, car le prétendu circulus vitiosus n'est dû bien souvent qu'au défaut de perméabilité de l'anastomose.

L'examen des pièces enlevées le 22 juin dernier montre que l'intestin grêle est intact ; la valvule iléo-cæcale est limitée par un bord épais, dur, mesurant 4 millimètres d'épaisseur, elle admet difficilement la troisième phalange de l'index. Le cæcum et le côlon ascendant présentent une sténose très marquée ne mesurant pas plus de 15 millimètres de circonférence, siégeant sur une hauteur de 2 à 5 centimètres, et au niveau de laquelle la muqueuse est ulcérée.

Il y avait en outre de nombreux ganglions de 1 millimètre de diamètre environ.

Ces lésions sont tout à fait comparables à celles de mon observation de 1901, chez lequel j'ai constaté l'atrophie du cæcum, l'induration des parois et le rétrécissement avec ulcération et ganglions engorgés; ces lésions nous conduisent à admettre une forme atrophique et sténosante de la tuberculose du cæcum.

Par un hasard curieux, j'ai revu hier mon malade de 1901 (résection du cæcum); il présente une récidive de sa tuberculose dans la région suturée avec fistule piostercorale.

Je l'ai opéré le 4 juillet, j'ai pratiqué sur lui une implantation iléo-sigmoïde avec exclusion; il va aussi bien que possible.

J'ai constaté, au cours de l'opération, une hypertrophie des 40 derniers centimètres de l'intestin grêle. J'ai déjà observé ce phénomène dans plusieurs cas où le cæcum avait été supprimé au point de vue physiologique.

Mon ami, M. Delbet, nous a décrit un procédé intéressant d'invagination intestinale composé d'une suture muco-muqueuse et

d'un étage séro-séreux, conforme en un mot à la technique usuelle des opérations intestinales. Ce procédé a été décrit par Paul (1891), qui y ajoutait un cylindre d'os décalcifié pour maintenir la lumière de l'intestin béante.

Pour que l'invagination puisse donner de bons résultats il faut : 1° que le bout supérieur soit plus large que l'inférieur, ce qui ne se rencontre qu'à l'angle iléo-cæcal; 2° que la différence de calibre soit légère, car si la différence est considérable, il faudra rétrécir ce bout par un des artifices spéciaux.

Quand les choses se présentent bien, l'invagination peut donner d'excellents résultats. Cependant, je dois formuler une réserve sérieuse : j'ai observé sur le chien que lorsqu'on pratique l'entérorraphie par anastomose latérale, avec oblitération en cul-de-sac des deux bouts, que ces bouts s'invaginent davantage qu'on ne le leur a demandé et souvent l'un des bouts invaginés vient oblitérer l'orifice de l'anastomose.

Pour éviter cet inconvénient, j'ai coutume de fixer les cæcums terminaux des bouts coupés, à l'anse adjacente, pour empêcher leur invagination.

Je conclus donc en disant qu'il ne faut pas donner à l'intestin de prétextes à l'invagination, en commençant à l'invaginer surtout bout à bout.

Quand on suture l'un à l'autre deux bouts d'intestin d'égal calibre, les sutures séro-séreuses produisent un adossement en diaphragme de lunette. Lorsque l'un des bouts est plus large ou plus souple que l'autre, ses tuniques étant plus flottantes viennent au contact de celles de l'autre bout sans que celui-ci se déplace; si c'est le bout supérieur qui est le plus large il se fait une *invagination* qu'on peut appeler *inverse*, qui est à rejeter, parce que la valvule fonctionne à contre-sens; si le bout inférieur est plus large, l'invagination a lieu dans le bon sens, c'est l'*invagination directe*.

Lorsque le bout supérieur est moins large que l'inférieur, la suture circulaire classique aboutit automatiquement à l'invagination qui n'est alors qu'une attitude spéciale de l'intestin commandée par les circonstances.

L'invagination ne mérite donc pas dans ces conditions d'être considérée comme un procédé spécial.

Mais lorsque le bout supérieur est plus large que l'autre la suture circulaire est à rejeter, puisqu'elle doit aboutir à l'invagination inverse à valvule à contre-sens.

On devra donc, en pareil cas, s'adresser à l'implantation latérale ou à l'entérorraphie par anastomose.

Ces considérations sur la disposition des bouches fournies pa

les divers procédés d'entérorraphie nous amènent à conclure que l'abouchement idéal est celui par implantation latérale. En effet, l'anse qui reçoit l'implantation ayant plus d'étoffe à fournir aux sutures favorise une légère invagination de l'anse implantée, rappelant tout à fait la disposition de la valvule iléo-cæcale. Cette valvule ne comporte pas le moindre rétrécissement et n'expose pas autant à l'invagination progressive, que la suture par invagination faite bout à bout. Je conseille seulement de prendre la précaution de suturer le cul-de-sac vertical à l'anse horizontale pour éviter l'invagination progressive.

Il existe une certaine contradiction dans les déclarations de mon ami M. Guinard qui d'une part signale que l'invagination ne doit se faire qu'avec un bout inférieur plus large que le supérieur, et d'autre part conseille cette invagination pour les formes gangrenées où l'inverse existe constamment.

La difficulté d'invaginer dans le bon sens à sans doute paru très grande à l'interne de M. Guinard qui invagina en sens inverse et tomba ainsi de Charybe en Scylla en produisant une valvule à contre-sens.

Notre collègue, M. Walther, nous a communiqué un procédé ingénieux favorisant l'invagination opératoire; ce procédé a été décrit et figuré par Senn, qui ne faisait qu'améliorer les anciens procédés de Rambdohr et de Jobert à points perforants.

Je ferai encore une courte remarque sur le procédé d'invagination de Doyen. Contrairement à ce qui a été dit par plusieurs orateurs, dans ce procédé, la suture muco-muqueuse ne se trouve pas située à l'extrémité du cul-de-sac du cylindre invaginant; elle se trouve, au contraire, située à mi-hauteur de ce cul-de-sac, et cette situation ne me paraît pas présenter d'inconvénients spéciaux. Quoi qu'il en soit, le procédé est compliqué et ne paraît pas présenter une supériorité quelconque sur celui employé par M. Delbet.

J'ajouterai peu de choses à la communication de M. Legueu; il nous a appris l'existence d'une *forme ganglionaire* de tuberculose iléo-cæcale des plus intéressantes.

M. Demoulin a soutenu que j'avais dis à tort que l'observation de tuberculose de la valvule iléo-cæcale de M. Souligoux était unique et il nous a cité de nombreux cas de lésions de cette valvule. Je n'ai pas dit que la tuberculose de la valvule fût inconnue avant M. Souligoux, j'ai simplement soutenu qu'une lésion tuberculeuse de la valvule atteignant le volume d'une orange et ayant la forme d'une tête de requin était un fait unique et je le soutiens encore.

Aux formes de tuberculose iléo-cæcale rapportées par M. De-

moulin, il convient d'ajouter la forme atrophique et sténosante, dont je vous ai communiqué deux exemples.

M. Demoulin s'est demandé quelle était la fréquence de l'appendicite tuberculeuse et il a conclu qu'elle était très rare.

Je ferai seulement remarquer que nos deux observations de tuberculose atrophique ont commencé par les signes d'une appendicite aiguë simple qui fut opérée, mais que cette appendicite était vraisemblablement tuberculeuse puisqu'il y a eu fistule pyostercorale et que j'ai dû plus tard enlever le cæcum atteint de tuberculose.

Je suis de l'avis de M. Demoulin quand il pense que les typhlites chroniques sont le plus souvent des tuberculoses cæcales. L'examen histologique négatif n'est pas toujours une preuve suffisante du contraire. Pour que cet examen fut démonstratif, il faudrait qu'on eut examiné un grand nombre de fragments de l'organe et aussi les ganglions satellites.

L'observation de M. Routier, dans laquelle le bouton de Murphy oblitéré par les matières a occasionné la mort, ne m'a pas étonné ; le fait a été observé très souvent et presque toujours dans les opérations sur le gros intestin où les matières épaisses jouent le rôle de mastic. Les boutons tolérables à la rigueur pour l'intestin grêle sont tout à fait contre-indiqués pour le gros intestin.

Cette discussion nous a permis d'étudier avec plus de soin les diverses formes de tuberculose iléo-cæcale. On doit admettre maintenant les formes suivantes : d'abord les trois formes de Crouzet : *ulcéreuse*, *intestino-péritonéale*, *hypertrophique* ; puis l'*atrophique et sténosante*, la *ganglionnaire*, la *valvulaire*, avec les sous-variétés *hypertrophique*, *ulcéreuse*, *sténosante* dont les lésions peuvent porter sur une seule ou sur les deux lèvres. La forme en *plaques*, la forme *appendiculaire* et la *forme fistuleuse* compliquée de fistule stercorale ou pyostercorale.

Rapport.

Pneumotomie pour dilatation des bronches,
par M. André Antipas (de Constantinople).

Rapport de M. TUFFIER.

De toutes les infections pulmonaires justiciables de la chirurgie, la dilatation caverneuse des bronches est celle dont le traitement opératoire est le plus discutable, et l'observation que nous envoie

M. Antipas ne saurait élucider cette question. Elle est cependant d'un grand intérêt; aussi me permettrai-je d'y joindre *les résultats de ma pratique personnelle* et quelques considérations nouvelles sur *l'ouverture de la plèvre sans pneumothorax.*

Notre collègue de l'hôpital Saint-Georges, à Constantinople, a opéré un enfant de quatre ans qui, à la suite d'une infection aiguë du poumon, présentait depuis dix-huit mois une *expectoration fétide* sous forme de *vomiques* provoquées par des accès de toux répétés. La quantité de pus expectoré ne pouvait être fixée, étant donné que le petit malade avalait le plus souvent les crachats purulents. Sous l'influence de la fièvre et de cette infection, l'état général était devenu mauvais, cet enfant était *cachectique*, mais le thorax ne présentait pas la moindre altération, et seules l'auscultation et la percussion permettaient de *localiser vers la base du poumon gauche* une matité absolument nette et la présence d'un souffle amphorique et de gargouillement. Les autres organes étaient sains et le cœur n'était pas déplacé. L'examen microscopique du pus, fait par M. Grossemann, *ne révélait pas la présence du bacille de Koch.* M. Antipas pensa, étant donnée l'origine bronchopneumonique des accidents et la marche de l'affection, qu'il s'agissait d'une caverne bronchiectasique. Des ponctions exploratrices étant restées sans résultat, le 3 novembre 1904 on pratiqua une pneumotomie.

L'opération présenta comme intérêt : 1° qu'il y eut un pneumothorax, ce qui rendit très difficile l'exploration du poumon; 2° que cette exploration faite très bas, au siège même des indications stethoscopiques, ne permit pas de découvrir les lésions qu'on trouva à deux travers de doigt au-dessus : on découvrit une cavité du volume d'une noix contenant du pus fétide, communiquant avec les bronches. Une mèche de gaze stérilisée, puis un drain, permirent l'évacuation du pus; la température tomba et, à part quelques rares oscillations vers le 25 novembre, elle resta autour de 37 degrés jusqu'à la fin décembre. Pendant tout ce temps, le petit malade ne toussait plus, un pus souvent fétide s'écoulait par le drain, son état général était bon. Mais, à cette époque, la fistule s'étant rétrécie, la toux, l'expectoration d'odeur gangreneuse reparurent, et M. Antipas voulut tenter un élargissement de la fistule. Sa tentative d'incision pulmonaire fut suivie d'une hémorragie si abondante qu'il dut l'abandonner, et les jours suivants la température remonta jusqu'à 39 degrés; puis, tout rentra dans l'ordre.

J'eus l'occasion de voir ce petit malade, le 23 février 1905, à l'hôpital grec de Constantinople. Le trajet fistuleux et l'état du malade me firent conclure à une non-intervention sur la fistule elle-même qui paraissait bien établie et je conseillai de faire plus

tard, quand l'état général serait meilleur, une résection de côtes qui permît à la cage thoracique de s'affaisser. Cette opération n'a pu être pratiquée, car le 5 mars le malade était pris d'une broncho-pneumonie à laquelle il succomba.

L'autopsie n'a pu être faite.

Je ne veux pas reprendre à propos de ce fait l'histoire de la thérapeutique chirurgicale des bronchectasies. L'*erreur de localisation* est celle que j'ai, je crois, le premier, signalée et longuement analysée en 1896; *nous visons trop bas* quand nous nous guidons uniquement sur les signes stethéscopiques. La *faible étendue des lésions* constatées par l'opération n'est pas en rapport avec le volume de la *caverne* attendue. C'est encore là un fait qui était intéressant lors de mes premières études, mais les observations confirmatives sont maintenant trop nombreuses pour avoir un intérêt. *Chez les enfants*, j'ai même signalé des cas où une vomique vraie, abondante n'était symptomatique que d'une *ectasie bronchique simple sans aucune cavité*, ce qui s'explique facilement par l'élasticité toute spéciale de la cage thoracique à cet âge.

La *technique de la pneumotomie* est restée, à peu de chose près, ce qu'elle était lors de ma publication de 1897. Tout ce que nous avons dit au sujet de l'*amélioration du diagnostic* et de l'*utilité des localisations par la radiographie* reste vrai, mais n'a pas fait de progrès notable. Tout ce que nous disions du *pneumothorax* s'est confirmé et c'est de ce côté seulement que certains perfectionnements tendent à se faire jour. Je vous rappelle toutes les tentatives que nous avions faites pour remédier à cet accident. Indépendamment des dangers immédiats, dont j'exagérai peut-être la gravité, mais que la plupart d'entre vous tenaient peut-être pour trop légers, il a l'inconvénient incontestable d'exposer la plaie à une infection septique et surtout de *faire fuir avec le poumon la lésion que vous cherchez*. Or, vous savez quel rôle capital joue la localisation des lésions en chirurgie pulmonaire. Je trouve tout à fait inutile de rendre nos recherches plus difficiles encore. Aussi vous avais-je proposé un dispositif qui permettait d'éviter cette complication. Il consistait à comprimer de l'air dans les bronches au moyen d'un tube spécial introduit dans le larynx et d'empêcher ainsi, au moment de l'ouverture de la plèvre, la formation d'un pneumothorax (1). Nous avions, M. Hallion et moi d'un côté, MM. Quénu et Longuet de l'autre, établi des recherches parallèles. Les conclusions que j'avais formulées avec

(1) *Soc. de Biol.*, 1896, p. 951-1047-1088 (trois communications). — *Société de Chirurgie*, séance du 3 février 1897.

M. Hallion établissaient qu'une pression d'air dans les bronches, pression égale à une colonne d'eau de dix centimètres de hauteur, suffisait à éviter le pneumothorax et s'opposait à la rétraction du poumon. Nous avions établi de plus que cette pression était compatible avec une circulation pulmonaire normale et avec une respiration mécaniquement et chimiquement parfaite. Rien ne s'opposait donc à son application à l'homme.

Ces recherches n'ont eu, je le reconnais, auprès de vous, aucun succès; mais elles ont été plus appréciées en Allemagne, où de nombreuses publications sur ce sujet en ont fait une étude d'actualité. Je tiens à remercier ici leur auteur Sauerbruch, d'avoir nettement indiqué, dans son travail sur la *Chambre pneumatique*, l'importance de ces travaux pour l'établissement de son appareil. Toutes ses expériences de contrôle confirment nettement nos conclusions et j'ai eu l'occasion d'appliquer, ces jours derniers, avec le concours même du professeur Braüer, de Marburg, celui de ces instruments qui met en pratique les faits que nous vous avions exposés, M. Hallion et moi.

Je ne vous donnerai pas la description de ces deux appareils.

La chambre pneumatique a pour but d'ouvrir la cavité pleurale sous une pression différente de la pression intra-pulmonaire, de telle sorte que la séreuse étant ouverte, le poumon ne se rétracte pas. Sauerbruch obtient cette différence de pression *en raréfiant* l'air de la chambre en verre où sont les opérateurs et l'opéré moins sa tête qui est *à l'air libre*. Vous connaissez tous ce dispositif qui a été présenté au congrès allemand, et à la Société de chirurgie belge — il était employé chez le regretté Mickulicz. — Cet appareil massif pesant 5.000 kilogrammes et très compliqué, bien que fort ingénieux a, en outre de ses défauts secondaires, celui de permettre difficilement toute communication entre les opérateurs qui sont enfermés dans la chambre en verre et le narcotiseur qui est au dehors.

Braüer, de Marburg, a construit une série de dispositifs qui ont au contraire pour but *d'augmenter la pression intrapulmonaire* en laissant la plèvre à l'air libre; le résultat est le même, le poumon ne subit aucune rétraction du fait de l'ouverture de la plèvre. Il consiste à enfermer la face du patient, munie d'un masque quelconque pour la narcose, dans une sorte de boîte en verre où la pression de l'air peut être portée à un degré suffisant, soit 10 centimètres d'un manomètre à eau. Le professeur Braüer a bien voulu venir dans mon service avec ses derniers appareils que j'ai employés dans trois cas — deux fois pour résection tranpleurale de l'œsophage, une fois pour une thoracoplastie dont je vous reparlerai. — Le malade étant endormi à l'air libre et

toute l'opération étant faite normalement, l'appareil n'entre en jeu qu'au moment où on veut ouvrir la plèvre, à ce moment la cage de verre, dans laquelle est la tête seule du patient est fermée, la pression est progressivement poussée et maintenue à 10 centimètres et on peut alors opérer dans la cavité pleurale comme si elle n'existait pas. Les expériences que nous avions faites autrefois trouvent ici une application directe. Il n'existe aucun trouble de circulation ou de respiration, la narcose se poursuit sous les yeux et sous la main de l'opérateur. Si au cours de l'opération, on a besoin d'un champ opératoire plus vaste, la pression est diminuée, et le poumon se rétracte exactement de la distance voulue; la plèvre refermée, la cage est ouverte lentement, et le malade respire librement. Mon interne, M. Lavenant, s'est placé pendant une dizaine de minutes dans cet appareil, il n'a ressenti aucun trouble, et seul le besoin de respirer est moindre qu'à l'air libre — et peut-être les mouvements respiratoires sont-ils moins fréquents. En tout cas, mes trois malades, dont nous surveillions avec anxiété l'état de la respiration et de la circulation, n'ont pas eu le moindre trouble.

Je reconnais très volontiers que l'instrumentation est très complexe, mais je puis affirmer que son maniement et son fonctionnement sont d'une simplicité élémentaire; je reconnais également que la chirurgie doit être *simple* et j'enseigne tous les jours les bienfaits de cette simplicité. Mais quand il s'agit de se mettre à l'abri de complications importantes, quand il s'agit surtout de pratiquer sans danger des opérations redoutables, le sort de notre malade doit prévaloir et quelle que soit la complexité de l'appareil, nous avons le devoir de l'employer. D'ailleurs, si vous voulez bien comparer notre formidable arsenal de stérilisation à celui que nous avions autrefois, si vous voulez comparer la simple compresse chloroformique aux complications mécaniques de l'appareil de Roth, vous trouverez les mêmes différences qui ne nous ont cependant pas effrayés.

Je termine ici cette parenthèse que le pneumothorax du petit malade d'Antipas justifie assez, puisqu'il est devenu violacé, qu'il suffoquait et qu'on a dû suspendre la chloroformisation et, je reviens à son intéressante histoire.

Messieurs, l'histoire de ce petit malade est celle d'un grand nombre des opérés pour bronchiectasie. Je veux à son propos vous dire seulement deux mots *du pronostic éloigné de ces pneumotomies*; j'ai eu l'occasion depuis nos dernières discussions sur ce sujet, de pratiquer trois nouvelle interventions. Dans un premier cas, il s'agissait d'un Russe que je vis avec le Pr Dieulafoy et qui

présentait comme suite éloignée d'une bronchopneumonie, une expectoration gangreneuse fétide, de la fièvre intermittente à maximum vespéral et des signes cavitaires au niveau du quatrième espace intercostal gauche, en arrière de la ligne axillaire. Ce malade, que j'ai opéré il y a trois ans, présentait dans le poumon une région scléreuse et indurée dans laquelle je ne trouvai pas de cavité plus grosse qu'une noix, et l'odeur gangreneuse à ce niveau démontrait bien qu'on était dans le foyer morbide. Le drainage améliora certainement beaucoup l'état local et l'état général, mais j'ai dû mettre un drain en métal nickelé au niveau de la fistule pour l'empêcher de se fermer ou même de diminuer de diamètre, car dès que cette fistule se rétrécit, l'expectoration réapparaît; elle devient d'une fétidité extrême et ne cède qu'avec une dilatation suffisante du trajet.

Chez un autre malade que notre collègue Phocas de Lille m'avait adressé, il y a quatre ans, et qui présentait au niveau du sommet du poumon gauche, une fistule, résultat d'une ancienne pneumotomie, fistule à sécrétion fétide et s'accompagnant de toux et d'expectoration d'odeur gangreneuse, je réséquai les bords de la fistule et les deux fragments de côtes adjacents; j'ouvris largement le foyer qui était constitué par une sclérose pulmonaire avec de petits clapiers. Depuis cette époque, l'état général est excellent; je l'ai revu avec mon ami Festal plusieurs fois et, à la condition que sa fistule reste largement ouverte, son état est excellent. Mais chez lui il s'est passé un phénomène qui est fréquent dans ces états, c'est une rétraction profonde de toute la cicatrice qui fait que le tiers supérieur de son thorax est absolument aplati. Devant ces résultats, *fistule persistante*, *tendance à la rétraction*, je me demande si vraiment dans ces cas, qui par leur évolution nécessitent et commandent une intervention chirurgicale, nous ne serions pas plus utiles aux malades en faisant de *simples résections costales* qui permettent au poumon de s'affaisser et aux cavités de se combler.

L'anatomie pathologique de ces scléroses pulmonaires avec bronchiectasie, démontre que même dans les cas où elles sont sacciformes, ces dilatations sont souvent multiples et ne peuvent guère être ouvertes complètement par une simple incision. Elle nous montre, de plus, que la sclérose ligneuse du poumon qui a remplacé l'élasticité pulmonaire tend sans cesse et naturellement à *rétracter le poumon sur son hile*; c'est là une tendance naturelle à la guérison. Nous pouvons faciliter largement cette tendance par des résections costales qui permettent au poumon de s'affaisser. Ces interventions seront d'autant plus justifiées que ces ectasies bronchiques gangreneuses se compliquent très souvent de

broncho-pneumonie grave et souvent mortelle. Elles présentent de plus une complication qui n'est, hélas, pas rare dans les suppurations pulmonaires, ce sont les *abcès du cerveau* et pour ma part, j'ai vu dans ces suppurations intra-pulmonaires trois de mes malades opérés succomber dans un délai rapproché à ces complications septiques intra-cérébrales. Mais je ne veux pas insister sur ces faits et reprendre à leur sujet toute l'histoire de la chirurgie pulmonaire.

Je veux seulement par l'exemple suivant vous montrer que les *résections costales* peuvent, dans certains cas bien déterminés, rendre en matière de bronchiectasies de grands services.

J'ai agi ainsi, par *thoracoplastie*, chez un petit malade qui est encore au n° 19 de ma salle Ambroise-Paré à Beaujon, et dont voici l'histoire : Fils d'une mère morte probablement de tuberculose aiguë et d'un père souvent malade, le jeune homme en question, âgé aujourd'hui de dix-sept ans, a eu à quatre ans la coqueluche, à huit ans une pleurésie qui a duré trois semaines. Après cette maladie, continuant à souffrir d'un point de côté à droite, il se présente à l'Œuvre des Enfants tuberculeux de Villiers-sur-Marne, et y reste pendant une longue période de dix-sept mois. Pendant ce temps, il tousse, expectore abondamment et a l'haleine fétide. Il passe un an dans sa famille, puis retourne à Villiers et y reste pendant huit mois, puis est renvoyé de l'asile comme *incurable*. Il entre à Bretonneau et y passe trois mois (août-novembre 1901). Le malade est ponctionné sans résultat; puis on l'envoie à Necker pour le faire radiographier. On pense qu'il existe une poche remplie de pus à droite au niveau des 5e, 6e et 7e côtes, et que, par conséquent, une intervention chirurgicale était nécessaire.

Le malade est envoyé en convalescence à la Roche-Guyon, où il passe quatre semaines; quinze jours après son arrivée, son état s'aggrave, les quintes de toux sont très violentes, très fréquentes et accompagnées de sensation d'étouffement et au bout d'un an et demi il revient à Paris pour rentrer à Beaujon. A ce moment, le malade présentait une rétraction des viscères intrathoraciques si manifestes que le cœur battait à droite du sternum. L'intervention chirurgicale est décidée et me paraît devoir simplement favoriser cette rétraction naturelle du poumon droit.

Les radiographies nous montrent une obscurité relative dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Le thorax de ce côté se dilate péniblement, la température s'élève entre 38°5 et 39 degrés tous les soirs ; le petit malade expectore environ 250 à 300 grammes de pus fétide, surtout le matin sous forme de vomique ; l'auscultation fait entendre des râles cavernuleux sans symptômes

cavitaires précis (M. Mauté) dans la moitié inférieure du poumon droit; l'appétit est nul, les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch, l'état est alarmant et la maigreur extrême. Après avoir hésité pendant plusieurs semaines d'examen, et devant l'absence de localisation précise, je me décidai à faire une thoracoplastie.

Le 31 mai, le malade est anesthésié au chloroforme avec mon appareil; un lambeau en U est taillé au-dessous de la région axillaire droite, au foyer, des signes stéthoscopiques; les côtes sont mises à nu, la plèvre n'adhère pas; voulant réséquer environ 8 à 10 centimètres des 5e, 6e, 7e côtes, M. Brauer met en marche l'appareil; la plèvre est ouverte, aucun pneumothorax ne se manifeste; je profite de cette ouverture pour ponctionner le poumon et pour l'explorer du doigt; je sens une induration diffuse, et je ne trouve pas de cavité. Les sutures terminées, l'appareil est ouvert. Malgré son état de cachexie, le malade n'a aucun trouble respiratoire ni pendant ni après l'opération, mais le fait le plus curieux, c'est l'amélioration vraiment inespérée de ce jeune homme. Actuellement, il n'a pas eu de fièvre depuis son opération, son expectoration est réduite des trois quarts; son état général est infiniment meilleur, et, sans vouloir préjuger de l'avenir, je dois reconnaître qu'il a obtenu le plus grand bénéfice de son intervention.

Telles sont, Messieurs, les quelques considérations personnelles que je voulais joindre au fait de notre collègue. Je vous propose de le remercier pour l'envoi de son intéressante observation.

M. Potherat. — J'ai vu, Messieurs, opérer dans une chambre ou l'air a été raréfié. C'était au mois d'octobre dernier à Bruxelles, dans le service du Dr Depage à l'hôpital Saint-Jean. Un assistant du Dr Depage, physiologiste et chirurgien, M. le Dr Meyer opéra sur un chien. Le corps de celui-ci était dans la chambre vaste, la tête en dehors; de sorte que le chloroformisateur est à l'extérieur. L'inconvénient de cette situation n'est pas aussi grand que l'indique Tuffier; on peut de l'intérieur attirer l'attention du chloroformisateur, on peut même lui parler, et en prêtant l'oreille, on perçoit le son des voix intérieures d'une façon très suffisante. D'ailleurs, le chloroformisateur n'a pas besoin de voir ce qui se passe à l'intérieur pour suivre utilement la chloroformisation.

L'opération, je l'ai dit, était sur le chien : les côtes réséquées, le poumon se hernie avec force; en modifiant en plus ou en moins la tension de l'air dans l'intérieur de la chambre, on voit le pou-

mon se hernier davantage ou rentrer. L'opérateur et son aide étaient très à l'aise dans la chambre qui est suffisamment vaste. M. Meyer put aisément réséquer un petit lobe pulmonaire; vous savez que chez le chien le poumon est multilobé.

L'inconvénient pour les opérateurs, de ce séjour dans un air raréfié, est nul ou à peu près ; car en sortant de la chambre, après un séjour de près de trois quart d'heure, M. le D[r] Meyer et son aide ne paraissaient et n'étaient en fait nullement incommodés. Il m'a paru intéressant de vous donner ce témoignage d'un assistant à une opération faite dans une chambre à air raréfié.

M. Lejars. — Je voudrais faire une remarque analogue. J'ai vu à Breslau, l'été dernier, dans le service du regretté von Mickulicz, fonctionner la chambre pneumatique de M. Sauerbruch, et j'ai assisté à une opération expérimentale sur le chien. Nous étions six dans l'intérieur de la chambre : l'opération se passa avec toute la régularité chirurgicale, et nous restâmes dans le milieu à hypopression pendant trois quarts d'heure au moins, sans la moindre gêne. Il est vraiment très curieux de voir le poumon saillir à la plaie et se présenter en toute aisance. Le nombre des opérations humaines pratiquées dans cette chambre était encore restreint; elle est, de plus, d'un prix relativement élevé et d'une installation un peu complexe; mais je ne crois pas qu'on puisse encore trancher le litige, entre les appareils à hypopression et à hyperpression : les observations sont encore trop peu nombreuses, mais les uns et les autres méritent certes qu'on les étudie et qu'on les utilise.

M. Pierre Delbet. — J'ai fait pour des affections qui ne peuvent guère rentrer que dans le cadre vague des dilatations bronchiques deux pneumotomies dont les résultats ont été satisfaisants.

Ma première observation remonte à plus de dix ans, elle a été publiée dans la thèse de mon élève et ami d'Azincourt (1895-96), mais, si mes souvenirs sont exact, l'épilogue n'en est point connu.

Il s'agissait d'une malade d'un certain âge qui, à la suite de petites poussées sur la nature desquelles nous n'avons jamais été très exactement renseignés, était arrivé à expectorer régulièrement une quantité vraiment extraordinaire d'un liquide nauséabond. La malheureuse femme vivait enfermée avec un crachoir à la main. Mon ami Vaquez qui la soignait pensait qu'un foyer de pleurésie interlobaire s'était ouvert dans les bronches. Le professeur Potain, tout en admettant la possibilité d'une pleurésie interlobaire au début, se demandait si le foyer primitif n'avait pas en se rétractant produit des dilatations bronchiques autour de lui.

C'est dans ces conditions que je suis intervenu. Dans ce cas, la localisation avait été exactement faite. Je réséquai une côte et tombai sur une plèvre adhérente. J'incisai le poumon sans d'abord rien trouver d'anormal. Heureusement, le tissu scléreux saignait peu et je pus pénétrer à une grande profondeur, de plusieurs centimètres. Je tombai alors sur une série de petites cavités dont la plus grande n'aurait pas admis l'extrémité de mon pouce. Il s'agissait évidemment de dilatations bronchiques. Nous étions, mon ami Vaquez et moi, fort déçus, et nous craignons que le résultat de cette intervention ne fut pas très appréciable.

Je mis un gros drain dans le foyer et suturai le reste de la plaie.

Contrairement à notre attente et à notre grande joie, le résultat, fut très satisfaisant. Presque immédiatement, l'expectoration diminua et en quelques jours devint presque nulle. Chose singulière, sur laquelle j'insiste, il s'écoulait fort peu de sécrétion par le drain. La quantité de liquide expectorée ajoutée à celle qui souillait le pansement ne représentait certainement le quart de celle que la malade crachait auparavant. L'ouverture du foyer, le drainage avaient donc eu une action incontestable sur la sécrétion. Ils avaient produit une modification de la paroi bronchique altérée.

Je me rappelle que pour compléter cette modification, j'essayai de faire des attouchements des cavités avec du naphtol camphré. Je pensais que les vapeurs de camphre pénétreraient partout et auraient un heureux effet. Elles pénétraient trop loin, jusque dans la trachée, jusque dans le larynx et déterminaient des quintes de toux violentes et pénibles. Après deux ou trois tentatives, je dus y renoncer.

L'état général de la malade était parfait, l'expectoration était devenue insignifiante; je pris le parti de laisser le drain à demeure. Dans l'état où étaient les choses, nettoyer ce drain était devenu une simple affaire de toilette dont la femme de chambre se chargeait à merveille.

Le résultat était en somme excellent. L'expectoration était devenu insignifiante, elle était sans odeur; la malade avait repris sa vie normale et elle était enchantée.

Les choses durèrent ainsi plusieurs mois, plus d'un an si mes souvenirs sont exacts. Un jour, la malade arriva chez moi affolée en me déclarant que le matin sa femme de chambre avait trouvé le drain sorti et qu'il lui avait été impossible de le réintroduire. J'examinai et trouvai l'orifice complètement fermé.

Comme la malade ne se sentait d'ailleurs pas plus mal, je lui conseillai d'attendre.

Après la suppression du drainage, l'expectoration redevint un peu plus abondante mais sans atteindre, il s'en fallait de beaucoup, l'abondance qu'elle avait avant l'intervention. Elle ne troublait pas l'existence de la malade et lui permettait de vivre une vie normale.

Mais quelques mois après, il lui est arrivé ce qui arrive parfois aux porteurs de lésions chroniques de la plèvre ou du poumon : elle a fait un abcès cérébral. Le professeur Déjerine la vit alors. La localisation de cet abcès était difficile; avec l'approbation de M. Déjerine, je fis une trépanation dans la zone rolandique; je ne trouvai pas le foyer et la malade succomba.

Évidemment, on ne peut mettre la production de cet abcès sur le compte de l'intervention, qui remontait d'ailleurs à deux ans environ. Et on peut dire que le résultat de l'ouverture et du drainage du foyer sans être parfait à cependant été très satisfaisant.

Le résultat de ma seconde intervention a été plus heureux encore. Il s'agissait d'un homme de trente-cinq à quarante ans dont l'histoire présente plus d'un point commun avec celle du malade du docteur Antipas dont Tuffier vient de nous présenter le résumé.

Cet homme vigoureux et bien portant avait présenté brusquement des accidents d'infection générale sans symptômes de localisation. On avait fait successivement tous les diagnostics possibles, grippe, fièvre typhoïde, etc., jusqu'au jour où il se produisit une vomique, très fétide, mais peu abondante. Cette vomique amena une amélioration des symptômes généraux mais légère et fugace. Au bout de quelques jours la fièvre s'éleva de nouveau. L'expectoration avec de grosses variations dans son abondance s'installa d'une manière définitive et le malade tomba dans l'hecticité.

Mon ami Widal, qui fut appelé en consultation, fut d'avis qu'une intervention chirurgicale pouvait seule sauver le malade. L'embarras venait de ce qu'il n'y avait pour ainsi dire pas de signes de localisation. Pas de matité et les signes stéthoscopiques étaient légers et fugaces.

Le professeur Dieulafoy fut appelé, insista vivement pour l'intervention et marqua sur le thorax le point où elle devait porter.

Je pratiquai cette intervention. Au point marqué, je réséquai une côte en la dénudant très soigneusement.

La côte enlevée, je vis au travers de la plèvre pariétale mince, transparente, sans aucun épaississement, le poumon se mouvoir à chaque mouvement respiratoire. Il me parut probable que la lésion n'était pas en ce point et, par crainte du pneumothorax, je n'ouvris pas la plèvre.

Comme j'étais au-dessous du hile, confiant dans la formule que j'ai donnée ici même et d'après laquelle les bruits stéthoscopiques se prolongeraient dans le sens du courant d'air inspiratoire, je remontai et réséquai la côte située au-dessus de la précédente. Je trouvai encore la plèvre non adhérente. Je décollai un peu vers le haut son feuillet pariétal et ne sentis aucune dureté.

La situation était fort embarrassante. N'oubliez pas qu'il s'agissait d'un malade épuisé par plusieurs mois de fièvre septique et qui ne paraissait pas en état de supporter un gros traumatisme. D'autre part, il paraissait hors de doute que si on n'ouvrait pas son foyer, il succomberait rapidement.

Cette considération me décida à ne pas abandonner la recherche de la lésion. Sautant une côte, que je laissai, j'allai réséquer la côte située au-dessus. J'étais donc à quatre côtes de la première réséquée et par conséquent très loin du point marqué. Pour cela, j'avais dû relever un vaste lambeau.

Sous cette côte, la troisième réséquée, je trouvai la plèvre épaissie et adhérente. J'incisai le poumon, je pénétrai profondément dans son parenchyme et je trouvai une cavité qui admettait l'extrémité de mon index; je pus sentir qu'elle communiquait avec d'autres cavités dont elle était séparée par des cloisons se terminant en éperons. Il me parut évident qu'il s'agissait de bronches dilatées.

Après cette intervention, je n'étais pas très satisfait. Le peu de résistance du malade et l'étendue du traumatisme me faisaient craindre une issue rapidement fatale. En supposant que le malade pût résister, je craignais que mon intervention n'eût pas grande influence sur l'évolution de la maladie.

C'est tout le contraire qui est arrivé. Dès le lendemain, la température s'abaissait et l'état général se relevait rapidement.

Il y eut bien par la suite quelques légères réascensions de la température, mais elles ne furent pas considérables. Je raccourcis le drain progressivement jusqu'à l'enlever. L'amélioration se poursuivit jusqu'à la guérison et je quittai le malade sans fistule. Il alla passer l'hiver à Pau et depuis il a pu reprendre ses occupations.

L'opération date de près de deux ans. J'ai revu le malade il y a quelques mois. Sa santé est excellente et à l'auscultation on ne trouva pas de trace de sa lésion antérieure; du moins mon oreille de chirurgien n'a pas pu en percevoir.

J'oubliais de vous dire qu'une radiographie, qui a été faite six ou sept mois, je crois, après l'intervention, montre que les côtes se sont régénérées. Comme il n'y a pas de déformation du thorax, on ne peut admettre que la guérison soit due au mécanisme que Tuffier invoquait tout à l'heure.

Je n'entrerai point dans d'autres considérations; je voulais seulement citer ces deux observations qui sont pour le moins encourageantes.

M. Delorme. — Je demande à rapporter une observation analogue dans une première séance.

Présentations de malades.

Procédé opératoire pour le traitement de la rétraction limitée de l'aponévrose palmaire.

M. Berger. — Le malade que je vous présente était atteint d'une rétraction de l'aponévrose palmaire maintenant le médius dans la flexion de la deuxième phalange sur la première, et de la première phalange sur le métacarpien. Une bride fibreuse très dure, mais indépendante de la peau, maintenait le doigt en question fléchi à angle droit sur la paume de la main; la rétraction s'étendait à l'aponévrose palmaire elle-même jusqu'au niveau de l'arcade palmaire superficielle. Le procédé auquel j'ai eu recours est un combiné du procédé de Busch et de celui de Richet modifiés.

Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, une incision en V renversé fut pratiquée, comme par le procédé de Busch, circonscrivant un lambeau cutané dont la base correspondait au médius rétracté, dont le sommet aboutissait au-dessus de la partie moyenne de la paume de la main. Ce V cutané fut disséqué, renversé de haut en bas, et toute la partie correspondante de l'aponévrose palmaire fut excisée d'une manière complète.

La branche interne du V fut alors prolongée au delà de la commissure interdigitale sur tout le bord interne du médius jusqu'à la dernière phalange. Cette incision longitudinale permit de disséquer et de rabattre de dedans en dehors la peau de toute la face palmaire du médius et de découvrir la bride fibreuse, cause de la rétraction. Celle-ci fut excisée avec tous ses prolongements qui allaient se jeter sur la gaine des tendons fléchisseurs du doigt. Le doigt put aussitôt reprendre l'attitude rectiligne dans l'extension.

La peau du doigt fut alors réappliquée et l'incision longitudinale réunie par la suture; l'incision en V renversé, comme dans le procédé de Warton Jones imité par Busch, fut réunie par une suture lui donnant la forme d'un Y renversé en fixant les bords du lambeau palmaire au niveau des points auxquels ils corres-

pondaient après sa rétraction, et en réunissait les deux branches du V près de son sommet par quelques points de suture.

Ce procédé, applicable dans les cas où la rétraction est limitée à un doigt et à la partie correspondante de l'aponévrose palmaire, a le grand avantage de ne pas constituer de cicatrice palmaire, d'éviter les rétractions consécutives qui pourraient dépendre de celle-ci, et de laisser à la peau sa consistance normale et toute sa sensibilité.

Il m'a donné sur cet opéré un très bon résultat. Il convient pendant un temps assez long, de laisser pendant la nuit le doigt maintenu dans l'extension par un petit appareil plâtré amovible qu'on ôte le jour pour exercer les mouvements.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion d'opérer un cas analogue avec un bon résultat.

Restauration de l'arête du nez en selle par un transplant cartilagineux (méthode de Charles Nélaton).

M. Berger. — Je présente à la Société deux malades chez lesquels j'ai restauré l'arête du nez, transformé en un nez en selle par l'effondrement de son squelette osseux, au moyen de l'implantation d'un transplant cartilagineux emprunté au cartilage de la 8e côte. Dans l'un de ces cas, l'effondrement du nez était dû à une ostéite de la première enfance; dans l'autre, à un processus syphilitique, qui avait en même temps creusé de profondes ulcérations sur le lobule, les ailes, les faces latérales du nez; ces ulcérations et les inégalités qu'elles avaient laissées ont été d'ailleurs comblées par de larges greffes dermo-épidermiques.

Voici le mode opératoire auquel j'ai eu recours et dont je conseille d'adopter méthodiquement l'emploi :

Premier temps. — Incision de 3 centimètres sur la ligne médiane du front, au peu au-dessus de la racine des sourcils préalablement rasés, incision comprenant même le périoste et conduite à fond jusqu'à l'os.

Introduction au fond de cette incision d'une rugine avec laquelle, cheminant entre l'os et le périoste, on décolle celui-ci et on dénude la racine du nez et la face dorsale des os du nez. Arrivé à l'extrémité inférieure du squelette ou os du nez, on substitue à la rugine, dont le tranchant risquerait de désinsérer les cartilages du nez ou de blesser la muqueuse nasale ou la peau, une spatule avec laquelle on achève le décollement des téguments du nez jusque près de la pointe de celui-ci. On peut s'aider de temps en temps d'un petit coup de ciseaux fins,

introduits par la plaie du front, pour sectionner des adhérences trop intimes de la peau. Mais ce n'est, le plus souvent, pas nécessaire.

On ne s'arrête que quand on a complètement et très largement décollé les téguments du squelette ostéo-cartilagineux du nez, sur toute la ligne médiane et sur une partie des faces latérales. Pour s'assurer que la cavité créée de la sorte est assez spacieuse, on introduit, par la plaie frontale, une pince que l'on ouvre à plusieurs reprises, agissant avec elle comme avec l'instrument qui sert à ouvrir les gants.

On arrête alors, par une compression soutenue pendant un bon quart d'heure, l'écoulement sanguin, après avoir exprimé les caillots qui se sont accumulés dans ce décollement.

Deuxième temps. — Par le procédé décrit par Charles Nélaton dans son *Traité de la rhinoplastie*, on découvre, par une incision courbe, le cartilage de la 8e côte gauche (ou droite) dans toute son étendue. On en isole la face superficielle, puis la face profonde, on libère sa pointe et on le détache de haut en bas, en le rasant de près avec le bistouri jusqu'à son insertion costale où on le sectionne.

On transporte aussitôt ce cartilage sur une petite table où l'on a réuni l'instrumentation nécessaire; on le dépouille complètement de son périchondre, on lui donne la longueur, l'épaisseur, la largeur, la forme qui ont été prévues et déterminées d'avance.

Troisième temps. — Il ne reste plus, en le saisissant avec des pinces par son extrémité supérieure, que de l'introduire, par la plaie frontale, dans le décollement qu'on a creusé entre le périoste et les téguments d'une part, et le squelette ostéo-cartilagineux du nez, et de l'y pousser à fond, puis, après avoir le plus possible exprimé les caillots qui y restent, de fermer la plaie frontale par une simple compression établie par un pansement stérilisé, en s'assurant que les bords de la plaie frontale sont bien parallèlement juxtaposés et *sans employer aucune espèce de suture.*

Quatrième temps. — On ferme la plaie constituée pour l'extirpation du cartilage costal, par la suture, en y laissant pour quelques jours un petit drain.

Des compresses d'eau glacée sont aussitôt placées sur le nez; on change le pansement frontal le lendemain, on le supprime au bout de quatre ou cinq jours.

La plaie frontale se réunit sans presque laisser de traces; on peut juger de la force, de la solidité, de la rectitude, de l'épaisseur de l'arête du nez ainsi obtenue et de la forme parfaite et tout à fait romaine qu'il donne au nez des sujets qui ont subi cette opération.

Cette opération, très simple, n'exige d'autre condition qu'une asepsie parfaite dans son exécution; celle-ci peut être réalisée sans difficulté en s'abstenant le plus possible de toucher au transplant cartilagineux, qu'on cherche à ne manier qu'avec des instruments.

Ce procédé laisse loin derrière lui les autres procédés de transplantation de l'arête du nez, la dangereuse méthode des injections

de paraffine, et les procédés ingénieux de restauration au moyen de charpentes métalliques préconisés par M. Martin (de Lyon).

Comme c'est notre collègue Charles Nélaton qui a eu le premier l'idée d'employer les cartilages costaux à la restauration de la charpente du nez, qui l'a exécutée et qui a décrit avec détail le procédé de transplantation du cartilage costal dans son *Traité de la rhinoplastie*, je crois qu'il est juste de désigner par son nom cette méthode nouvelle et fort utile de restauration nasale.

M. Chaput. — Le résultat immédiat obtenu par M. Berger est merveilleux; je dois cependant faire une petite réserve pour l'avenir, car j'ai transplanté des cartilages costaux dans des hernies crurales, qui se sont resorbés en partie. Je sais encore que d'autres chirurgiens ont transplanté des fragments d'os dans la région nasale et que ces fragments ont été résorbés. Par contre, j'ai posé un trépied métallique dans la région du nez chez une jeune fille qui l'a toléré dix ans; une chute sur le nez a provoqué ensuite une ulcération qui a nécessité l'ablation du trépied.

M. Nélaton. — Je remercie mon maître M. Berger de ce qu'il vient de dire de l'emploi des greffes cartilagineuses pour la correction des nez en selle; mais l'idée d'employer ce procédé ne m'appartient pas.

Elle est de von Mangold qui utilisa un cartilage costal pour boucher une perte de substance du larynx pour la première fois en 1897.

J'ai fait plusieurs fois cette opération de correction des nez en selle en insinuant une baguette cartilagineuse sous les téguments. Voici comment je procède : je fais avec un ténotome une petite incision sur la ligne médiane à l'extrémité du lobule et je pousse le ténotome sous la peau jusqu'à ce que sa pointe arrive au contact des os propres. Alors retirant le ténotome, j'introduis dans le trajet qu'il a créé une grosse sonde canelée, puis la retirant encore, je pousse la baguette cartilagineuse.

L'orifice d'entrée est fermé par un crin de Florence. C'est donc là une opération fort simple. Elle donne de très bons résultats.

Poche urineuse congénitale de la portion antérieure de l'urètre renfermant trois calculs volumineux et hypospadias pénien.

M. Chevassu. — Les cas de dilatation congénitale de l'urètre sont rares. Guyon n'en rapporte que trois cas dans sa thèse d'a-

grégation et Le Fort n'a pu en rassembler que quatorze. Il m'a donc semblé intéressant de vous présenter un malade chez lequel j'ai eu l'occasion d'observer une poche urineuse congénitale renfermant trois calculs volumineux qui semblent s'être formés dans cette poche.

Observation. — Dem. (A.), âgé de vingt-deux ans, mineur, incorporé au mois de novembre 1904 au 13e régiment d'artillerie, entre dans mon service à l'hôpital Bégin, le 24 juin 1905.

Antécédents héréditaires. — Mère morte en février 1905, à l'âge de cinquante-six ans, d'albuminurie. Père et frère bien portants, ne présentant de malformations d'aucun genre.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures, pas de blennorragie, pas de coliques néphrétiques.

Dès son enfance, il s'aperçut de l'existence d'une grosseur au niveau des bourses, mais peu de temps après sa naissance, sa mère et le médecin en avaient constaté l'existence. La grosseur a augmenté peu à peu. Au moment de la miction, cette grosseur augmentait, se tendait avant que l'urine apparaisse au méat; il urinait sans difficulté, mais après chaque miction de l'urine continuait à s'écouler goutte à goutte pendant quelques instants et mouillait ses vêtements. Avant son arrivée au régiment, il n'avait jamais ressenti de douleurs du côté des reins, de la vessie ni de l'urètre, il n'avait jamais uriné de sang. Depuis qu'il est au service, il lui est arrivé, sept ou huit fois, après une longue séance sur les caissons où il était violemment secoué, de ressentir quelques douleurs au niveau des bourses et aux deux ou trois mictions qui suivaient cet exercice violent, les urines étaient teintées de sang et deux fois il a constaté qu'avant d'uriner, il s'écoulait quelques gouttes de sang par le méat. Il s'agit bien là d'une urétrorragie et non d'une hématurie. En traversant la poche urétrale, l'urine entraîne le sang qui y est épanché.

État actuel. — Le malade est grand, vigoureux; lorsqu'on découvre les parties génitales, on est frappé par la brieveté de son pénis. La verge courbe, fortement bridée par en bas, est couchée comme fixée sur la partie supérieure du scrotum. Lorsqu'on la relève, on aperçoit à 2 centimètres en arrière du méat normal l'orifice antérieur du canal de l'urètre. Cet orifice aplati, allongé transversalement, occupe exactement la ligne médiane. Mais ce qui frappe le plus, c'est une grosseur scrotale ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule, exactement médiane, à grand axe horizontal, commençant à 4 centimètres en arrière du gland et se prolongeant jusqu'à la partie postérieure du scrotum. On dirait un troisième testicule médian et beaucoup plus gros que les deux autres. La peau qui présente son aspect normal glisse facilement à sa surface.

Au palper, la tumeur est bien circonscrite, mobile; sa consistance est très dure, pierreuse et on reconnaît facilement que la forme ovoïde qu'elle présente dans son ensemble, résulte de la présence, dans une

poche à parois minces, de trois calculs, dont la juxtaposition forme une masse pierreuse ayant le volume et la forme d'un œuf de poule ou plus exactement d'un rein de mouton. Ces trois calculs sont facilement délimitables et mobiles entre eux. L'antérieur a son extrémité arrondie, son extrémité postérieure plane; le postérieur a son extrémité antérieure plane, son extrémité postérieure arrondie; celui du milieu s'interpose entre les deux autres comme un coin à base inférieure. L'ensemble est parfaitement régulier, symétrique.

La radiographie de la tumeur montre très distinctement la forme de ces calculs et montre au centre de chacun d'eux une partie plus sombre qui semble indiquer l'existence d'un noyau.

A certains moments, en particulier après la miction, on constate une couche de liquide interposée entre la poche et les calculs. La compression de la poche fait sourdre aussitôt par l'orifice du canal l'urine restée dans la poche,

Lorsque le malade urine, la poche commence par se distendre et c'est seulement après sa distension que l'urine s'écoule par le méat. Le jet est verticalement dirigé en bas, ce qui fait, étant donnée la brièveté de la verge, que le malade mouille presque continuellement son pantalon. Après la miction, l'urine restée dans la poche s'écoule goutte à goutte si le malade est debout.

La fréquence des mictions n'est pas augmentée, quatre ou cinq dans les vingt-quatre heures. Il n'urine pas pendant la nuit.

La quantité d'urine est normale, 1500 ou 1600 grammes, elles sont légèrement troubles. Les urines recueillies avec la sonde dans la vessie sont moins troubles que celles qui ont traversé la poche urétrale.

L'examen de la plèvre permet de constater les particularités suivantes :

Il n'existe en aucun point de rétrécissement. A 4 centimètres de l'orifice anormal, la sonde arrive dans la poche qui renferme les calculs. Si on fait usage d'un explorateur à boule ou d'une sonde molle, elle s'égare dans la poche, s'insinue entre les calculs et il est alors très difficile de retrouver le bout postérieur de l'urètre ; mais en se servant ou d'un explorateur métallique ou d'une sonde à béquille permettant de suivre la paroi supérieure, on arrive facilement dans la vessie.

A 4 centimètres en arrière du méat normal, la sonde arrive dans la poche qui, lorsqu'elle est distendue, contient 40 grammes d'urine qui s'écoule immédiatement par la sonde. Pendant toute la traversée de la poche, l'explorateur à boule donne la sensation du contact des calculs. L'exploration de la vessie ne décèle absolument rien d'anormal.

En résumé, ce malade présente une poche urineuse congénitale de l'urètre pénien dans laquelle se sont formés trois calculs volumineux.

La constatation de la poche peu après la naissance, l'absence de rétrécissement de l'urètre, de valvule, de coliques néphrétiques, de douleurs, permet de rejeter l'hypothèse d'une dilata-

tion de l'urètre en arrière d'un rétrécissement ou d'un calcul migrateur arrêté dans l'urètre.

L'absence de soudure des deux lèvres de la gouttière urétrale et de l'interstice a déterminé l'hypospadias pénien; plus en arrière la lèvre externe de la gouttière et une petite partie de l'interstice se sont seules soudées aux parties homologues du côté opposé, d'où un point faible dans la paroi urétrale qui s'est laissé facilement distendre sous la poussée urinaire.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Dans la thèse de concours de Guillon sur les difformités de l'urètre, il y a le dessin d'un enfant qui présente absolument les mêmes conditions. Il n'était pas encore à l'âge où apparaîtraient les calculs.

Ostéoarthrite tuberculeuse du genou.

M. WALTHER. — La malade que je vous présente, âgée de vingt et un ans, est entrée dans mon service, à la Pitié, le 18 janvier 1904, pour une tumeur blanche du genou dont le début remontait à quatre ans.

Les lésions étaient à ce moment très avancées. Il y avait une subluxation très accentuée du tibia en arrière, une chaîne de ganglions cruraux volumineux.

Après un mois d'extension continue, j'ai pu ramener le tibia en bonne position.

J'ai alors commencé le traitement par les injections péri-articulaires de chlorure de zinc. Trois séries d'injections de chlorure de zinc à 1/10 ont été pratiquées du 10 février au 2 novembre. Entre temps, ont été faites quatre injections intra-articulaires d'huile iodoformée.

Depuis un mois la malade marche avec un appareil silicaté.

Comme vous pouvez le voir, il n'y a plus de fongosités; il n'y a plus de douleur à la pression sur les extrémités osseuses. Il y a encore de très légers mouvements de latéralité. J'aurais voulu vous présenter la malade dans quelque temps complètement guérie. Mais elle quitte aujourd'hui mon service pour aller à la campagne, et j'ai tenu à vous la montrer aujourd'hui avec ce résultat encore incomplet, mais qui témoigne de ce qu'on peut espérer de cette méthode, même dans des cas de subluxation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Quel que soit le résultat relativement favorable que M. Walther invoque pour justifier son traitement, je ne puis être d'accord avec lui sur son opportunité.

Voici une femme qui après dix-huit mois n'est pas guérie et je crois bien pouvoir affirmer qu'elle ne sera jamais guérie. Car fût-elle améliorée par le traitement au point d'être soulagée et même de marcher, elle resterait en possession d'un foyer de tuberculose toujours vivant et toujours prêt à se réchauffer.

En ce qui concerne la marche, et dans l'hypothèse la plus favorable de son ankylose définitive, elle marchera toujours avec un membre trop long comme tous les sujets ankylosés du genou.

Enfin, en ce qui concerne les mauvaises chances de généralisation de sa tuberculose, elle conserve toujours un large foyer prêt à lui fournir les éléments de cette génération.

Qu'est-ce donc que ce traitement mis en parallèle avec le traitement par la résection?

En deux mois, cette femme eût été guérie. En trois mois elle eût marché sans douleur et aujourd'hui, il y a longtemps qu'elle serait en bonne condition de toutes façons.

Cette intervention est-elle plus dangereuse que celle de la conservation. Certainement non. J'ai pu faire jusque aujourd'hui cent trente-six résections du genou sans provoquer la mort.

A coup sûr, la malade que l'on soumet à une aussi longue période de soins doit courir plus de dangers que ces opérés.

Aussi je n'hésite pas à dire qu'en matière de tumeur blanche du genou, il y a une formule générale indiquée par l'expérience, que j'ai donnée, et qui est la suivante :

Toutes les fois qu'une tumeur blanche du genou est arrivée à un développement tel qu'on ne peut espérer rendre au sujet le mouvement du genou, la résection est indiquée.

D'un coup, on débarrasse le sujet du foyer de tuberculose et cela très complètement dans l'immense majorité des cas.

On le met à l'abri de tout retour.

Le raccourcissement que l'on reproche à la résection est un bienfait pour tout sujet ankylosé. C'est grâce à ce raccourcissement qu'il marche bien et sans fatigue, qu'il ne fauche pas comme les ankylosés sans raccourcissement.

Quand la résection est bien antiseptiquement faite, elle expose fort peu à des complications.

Elle peut être et *il faut qu'elle soit totale et sans fistules.*

Même en cas de dissémination de la tuberculose dans l'économie, aucune condition n'est plus propre à favoriser la désinfection générale de l'économie.

Au point où j'ai mené la généralisation de la résection du genou, je crois qu'elle ne saurait accepter aucune comparaison avec le traitement invoqué par M. Walther.

M. Routier. — Voilà dix-huit mois que M. Walther soigne cette malade; elle n'est pas guérie, et a encore ce qu'on peut appeler une tumeur blanche du genou un foyer de tuberculose; réséquée il y a dix-huit mois, il y a quinze mois qu'elle serait guérie et marcherait sans béquilles.

M. Arrou. — Je crains que tout foyer de tuberculose ne soit pas éteint dans cette jointure. Il est arrivé à chacun de nous, après cinq, dix, quinze ans de demi-guérison, de réséquer des genoux dans les épiphyses desquels on trouvait un foyer caséeux. Rien ne nous dit qu'il n'en est pas de même dans la jointure de cette jeune fille, et pour ma part, je l'eusse réséquée sans l'ombre d'une hésitation.

D'un autre côté, si elle guérit avec ankylose, comme il y a lieu de le lui souhaiter, elle marchera moins bien avec un membre à toute longueur qu'avec une jambe raccourcie de 3 à 4 centimètres. On fauche toujours plus ou moins dans ces conditions, tandis qu'il est merveilleux de voir avec quelle aisance marchent les réséqués, les femmes surtout, plus habiles que nous à dissimuler bien des choses, boîterie comprise.

Ces différentes raisons, et quelques autres d'ordre secondaire, me feraient volontiers adopter la formule simpliste suivante : chez les enfants, à tout prix, conservation; chez l'adulte, dès la croissance du membre acquise, résection.

Je parle, bien entendu, du genou, et ne songe nullement à généraliser.

M. Lucas-Championnière. — C'est précisément sur ce point que je ne saurais partager l'appréciation de M. Walther. Je suis de ceux qui cherchent à conserver les mouvements des articulations malades, et pour ce faire, je les traite sans immobilisation.

Je laisse de côté les enfants chez lesquels il y a des conditions spéciales de traitement. Mais, en ne considérant que l'adulte, je n'admets pas qu'un sujet du genre de celui que nous montre M. Walther soit appelé à conserver des mouvements.

Lorsqu'il existe ainsi des mouvements de latéralité, le retour au mouvement du genou susceptible de porter un individu, ne se fait pas. Je ne crois pas m'avancer en disant que jamais M. Walther ne nous montrera ce sujet guéri et fléchissant son genou.

Alors, à quoi peuvent bien servir tous ces soins, le long temps qui leur est consacré, les douleurs, et la vie du sujet exposée ?

En ce faisant, ce n'est point naturellement la personne de M. Walther que je critique. C'est une méthode contre laquelle je

m'élève depuis tant d'années que j'ai fini par convertir quelques contemporains, et je voudrais en convertir davantage.

M. Walther. — J'avoue que je m'attendais un peu, en faisant cette présentation, à soulever ces critiques. Les objections qui m'ont été faites soulèvent tant de questions si importantes que je ne puis y répondre ici; il faudrait reprendre toute l'étude comparée des résections et de la méthode sclérogène.

Dans le cas particulier, je répondrai que si je n'ai pas fait la résection chez cette malade, c'est que les lésions osseuses étaient si étendues (comme vous pouvez le voir sur les radiographies faites au début) que j'aurais été conduit à obtenir un raccourcissement énorme. Il aurait donc fallu amputer, et j'ai préféré tenter la conservation.

Or, vous pouvez voir sur les radiographies récentes, que les lésions osseuses sont guéries. Il n'y a plus de fongosités. Il n'y a plus de ganglions cruraux. J'espère que les mouvements de flexion reviendront peu à peu, comme cela arrive le plus souvent, quand le genou sera libre.

Les mouvements de latéralité sont à peine perceptibles. Je vous les ai signalés, mais je crois qu'ils ne sont pas de nature à gêner l'appui sur la jambe ni la marche. J'espère pouvoir vous montrer plus tard la malade complètement guérie.

M. Lucas-Championnière. — En terminant cette courte discussion, je crois exprimer l'opinion de plusieurs de nos collègues en disant qu'il faudrait mettre cette question tumeurs blanches et résections du genou à l'ordre du jour. J'aurais pour ma part un nombre considérable de faits à apporter et je remercierais M. Walther d'avoir fait naître ici une des discussions les plus importantes au point de vue de la pratique chirurgicale.

M. Routier a observé des cas semblables.

M. Schwartz. — Cette question est intéressante et sera mise à l'ordre du jour.

Présentations de pièces.

Hystérectomie sus-vaginale d'un moignon utérin fistuleux donnant issue aux règles à la suite d'une hystérectomie avec pédicule externe faite il y a onze ans.

M. E. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une pièce anatomique devenue rare aujourd'hui. Il s'agit d'un moignon utérin extirpé secondairement pour fistule utérine et chez une jeune femme qui a subi, il y a onze ans, une hystérectomie par le procédé du pédicule externe (Hegar) pour fibrome utérin.

Voici, très résumée, son observation :

Mlle X..., âgée de vingt-six ans, entre pour la première fois dans notre service à l'hôpital Cochin en 1892, pour une tumeur du côté droit et de la région hypogastrique.

Cette tumeur a débuté à l'âge de vingt ans, du moins la malade s'en est aperçue à ce moment.

Elle ne présente aucun trouble fonctionnel sérieux, pas de douleurs, pas de métrorragies ni même de ménorragies. C'est parce que la tumeur augmente qu'elle vient consulter. Comme elle a son hymen, nous ne pouvons explorer le col utérin; mais nous posons le diagnostic de fibrome de l'utérus et du ligament droit, après avoir fait le toucher rectal.

Laparotomie en juillet 1892. Elle est purement exploratrice, et nous constatons de telles adhérences avec l'intestin, l'épiploon et le ligament large que nous refermons l'abdomen, n'étant pressé par aucun symptôme menaçant.

La malade guérit. Mais la tumeur ne s'arrête pas dans son développement, et deux ans après, elle nous revient demandant à être débarrassée, coûte que coûte; elle a beaucoup grossi et ressent une gêne considérable.

Laparotomie en juin 1894. Cette fois, malgré les énormes vaisseaux qui sillonnent l'épiploon adhérent, malgré les adhérences à l'intestin grêle, nous parvenons à enlever un énorme fibrome utérin enclavé dans le ligament large droit avec les annexes droites. Pédicule externe par le procédé d'Hegar. Le pédicule tombe le vingt et unième jour, toute plaie est fermée au bout de quelques semaines.

Mais il reste une fistule qui donne issue à du sang tous les mois, depuis le 17 juillet jour des règles après l'opération.

Cet écoulement dure jusqu'en décembre 1895; au moment des règles, coliques vives et écoulement de sang par une fistule abdominale et par le vagin pendant quelques jours.

Les règles viennent ensuite régulièrement par le vagin, la fistule abdominale se ferme. Elle se rouvre en 1904 seulement et depuis les mêmes phénomènes se reproduisent tous les mois, avec coliques et douleurs très vives.

Nous nous décidons, sur sa demande, à faire une troisième intervention, qui consistera à enlever le moignon utérin.

Celle-ci est pratiquée le 4 juillet 1905.

Laparotomie médiane circonscrivant en ellipse la petite fistulette. On entre dans l'abdomen au-dessous de l'adhérence. On coupe circulairement le péritoine externe du moignon, en ménageant en avant la vessie attirée en haut. On laisse la trompe et l'ovaire gauche, la malade n'ayant que trente-sept ans. Hystérectomie abdominale sus-vaginale typique. Péritonisation facile. Fermeture de l'abdomen à trois plans.

Voici la pièce ; vous pouvez voir que le moignon est surmonté dans l'abdomen d'un fibrome qui a poussé depuis, gros comme une mandarine. L'utérus sus-vaginal a 6 cent. 1/2 de cavité. La fistule s'ouvre à la partie supérieure de la cavité et en avant ; elle est très étroite, mais était suffisante pour laisser passer le sang à chaque époque. L'utérus est fibromateux ; à droite, où a été énucléé le fibrome il y a onze ans, l'utérus est recouvert en totalité d'une séreuse lisse, sans aucune adhérence, et il n'y a plus trace du pédicule des annexes droites enlevées il y a onze ans. Le professeur Cornil doit examiner le trajet fistuleux, et nous vous exposerons le résultat de ses recherches, si elles présentent un point original.

M. Pozzi. — A propos de cette présentation, j'ajouterai que l'ablation des annexes n'empêche pas le développement des fibromes.

Présentation d'instrument.

Pinces à traction.

M. Richelot présente des pinces à traction fenêtrées fabriquées par M. Collin, sur les indications de M. Honoré Soulié (d'Alger).

Le secrétaire annuel.
Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° — Une lettre de M. le Dr EDG. CHEVALIER, qui pose sa candidature à la place de membre titulaire déclarée vacante par la Société.

A propos de la correspondance.

M. CHAPUT dépose sur le bureau de la Société un travail de M. GERVAIS DE ROUVILLE, intitulé : *Plaie du nerf radial secondaire. Guérison.*

Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. CHAPUT est nommé rapporteur.

M. le Dr PICQUÉ offre à la Société son quatrième volume de *Chirurgie des aliénés.*

M. le Dr J. BRAULT (d'Alger), membre correspondant, adresse à la Société le mémoire ci-dessous.

M. le Dr KALLIONZIS, membre correspondant de la Société de chirurgie, envoie également le travail publié plus loin.

Lectures.

Neuro-fibromatose, volumineux neuro-fibro-sarcome du nerf radial droit, douleurs intolérables, extirpation (1),

par M. le Dr J. BRAULT (d'Alger), membre correspondant de la Société.

La neuro-fibromatose, ou maladie de Recklinghausen, est un syndrome de dégénérescence portant sur deux systèmes : la peau et le système nerveux; systèmes tous les deux d'origine ectodermique.

L'affection comporte, on le sait, plusieurs variétés principales : types dermo-neuro-vasculo-fibromateux; puis des variétés frustes : pigmentaire, viscérale, larvée.

Ces temps derniers, nous avons observé dans notre service un type très complet de la maladie, puisque notre sujet présentait à la fois des taches pigmentaires variées, des nævi vasculaires, des dermo, des neuro et des angio-fibromes, divers troubles nerveux et viscéraux.

Au point de vue chirurgical, notre homme était intéressant en raison d'une volumineuse tumeur du radial droit dont nous avons dû pratiquer l'extirpation.

Voici d'ailleurs l'observation résumée.

Observation. — G..., quarante-trois ans, sans profession, entre à la clinique le 14 février 1905.

On ne retrouve rien de particulier dans l'ascendance du sujet.

A l'âge de trois ans, le malade, vigoureux et sain jusqu'alors, reçoit au front un violent coup de pied de mulet; la guérison est rapide; pourtant, au dire de sa famille, son caractère change, il devient triste et moins joueur. A six ans, on constate un début de gêne dans la marche, cette gêne s'accentue de jour en jour. A quatorze ans, diminution considérable de l'ouïe; à dix-huit, fréquents saignements de nez; à vingt ans, apparaît au coude droit la première tumeur (tumeur royale de Boudet); puis en trois ans, de vingt-cinq à vingt-huit ans, se font de véritables éruptions de tumeurs plus ou moins accompagnées de poussées fébriles. Dès lors, la marche devient de plus en plus difficile; le malade est pris de vertiges. Enfin, il y a vingt mois, débute à la face postérieure du bras droit une tumeur qui s'accroît progressivement, en intéressant le nerf radial, ce qui détermine de violentes douleurs et de la paralysie radiale. A la face antéro-interne de l'avant-bras, du même côté, un peu au-dessus du poignet, sur le trajet du cubital, une

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

autre petite tumeur douloureuse fait son apparition. C'est à ce moment que se présente le malade.

Actuellement (février 1905), à un examen général, on remarque de suite l'expression d'anxiété et d'hébétude du visage, expression due au développement un peu exagéré des os du crâne, à une longue cicatrice qui barre le front, à une légère asymétrie de la face et surtout à l'exorbitisme de l'œil droit. Le tronc est dévié par une scoliose marquée, enfin l'avant-bras et la main droite pendent inertes.

Mais le malade une fois découvert, ce qui frappe surtout, c'est la multitude et la variété des tumeurs et des taches qui sont disséminées sans ordre ni systématisation, sur toute la surface du corps; il y en a des centaines. Les plus nombreuses, arrondies ou allongées, molles et pédiculées, constituent de véritables molluscums. D'autres, pigmentées et à faible relief, rappellent, comme forme, les verrues planes; d'autres encore, volumineuses, ont l'aspect et la consistance d'angio-fibromes et de lipomes. En outre, à côté de ces tumeurs intradermiques, on rencontre, plus rarement, des tumeurs sous-cutanées dures, arrondies, de consistance élastique et fibreuse.

Le cuir chevelu est le siège de trois tumeurs molles de 1 centimètre carré environ : sur la face, nombreuses papules; une assez grosse sur la joue droite et huit nævi vasculaires sur la joue gauche. Sur le cou, papules et macules simulant du lentigo. La poitrine est criblée de fibromes arrondis et de molluscums, surtout au niveau des seins; on remarque un molluscum au niveau du mamelon droit. Sur l'abdomen, à gauche, deux angio-fibromes assez larges; à droite, taches pigmentaires étendues; les tumeurs pédiculées sont rares.

Tout le dos est parsemé de taches d'étendue variable (nummulaires, lenticulaires) et de tumeurs de toutes formes et de grosseur moyenne. A la partie supérieure de l'omoplate droite, angio-fibrome pédiculé de la grosseur d'un œuf. A gauche, à la hauteur des lombes, grosse tumeur ovoïde, sous-cutanée, de consistance fibreuse; un peu plus bas, à droite, large tache pigmentée.

Dans la région fessière, signalons quelques petites tumeurs arrondies intradermiques; une papule existe sur la verge.

De nombreuses taches lenticulaires se voient à la partie supérieure de la cuisse gauche; on compte huit petites tumeurs sur la cuisse, une sur la jambe et quelques petites sur le pied.

A droite, citons seulement quelques papules et une grosse tache sur la cuisse.

Le bras gauche, outre quelques taches, présente quatre tumeurs molles, deux à la région postérieure du bras et deux à la partie postérieure de l'avant-bras; en avant, notons un fibrome sous-épidermique et un petit nodule sur le dos de la main.

A droite, toute la partie postérieure du bras est profondément occupée par une volumineuse formation sous-musculaire, de consistance élastique (1). Au coude et à la partie postérieure de l'avant-bras,

(1) Cette tumeur ne s'accompagne d'aucune espèce d'adénite.

pointent deux molluscums de la grosseur d'un petit œuf; à la partie antéro-interne et un peu au-dessus du poignet, citons une petite tumeur profonde; enfin, petit fibrome sur l'éminence thénar.

Nous donnons d'ailleurs ci-contre deux photographies qui ont été prises par notre préparateur, M. R. Dida, et qui suppléent à la description.

La dentition est assez défectueuse. Il convient de signaler des troubles digestifs gastro-intestinaux : diarrhée ou constipation alternantes, troubles qui sont peut-être en partie sous la dépendance de tumeurs viscérales. Les urines, analysées à diverses reprises, ne contenaient que quelques traces d'albumine; il n'y avait rien d'anormal par ailleurs. On ne trouve pas chez notre malade d'artério-sclérose.

Par contre, en dehors de la paralysie radiale droite sus-mentionnée, nous observons les troubles nerveux suivants relevés par notre chef de clinique, M. le Dr Gillot.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée générale ni spéciale, sauf un peu d'hyperesthésie plantaire. Les troubles moteurs se rapportent tous à un état spasmodique musculaire; sauf au bras droit, tous les réflexes tendineux sont exagérés.

La démarche est particulière; à première vue, elle ressemble à celle d'un hémiplégique droit. La face est asymétrique, comme on l'a dit, semblant déviée à droite. Il y a impossibilité de siffler, la commissure labiale droite restant élargie. La langue, projetée en dehors de la bouche, est déviée à droite; le signe de Babinski n'existe que pour l'orteil droit..., etc...

Cependant, l'histoire montre qu'il n'y a jamais eu d'installation hémiplégique franche, ni troubles sphinctériens. A vrai dire, le malade ne fauche pas en marchant et traîne légèrement la pointe du pied droit. Cette démarche, un peu tremblante et titubante, est plutôt ataxo-cérébelleuse. Il y a d'ailleurs quelques vertiges, mais tout autre trouble cérébelleux fait défaut.

En dehors de la surdité déjà signalée et qui est complète à droite, il n'y a rien du côté des autres sens.

Au point de vue psychique, l'intelligence est obnubilée, la mémoire lente, la parole un peu traînante, empâtée, mais pas vraiment saccadée.

En résumé, il existe des lésions centro-nerveuses organiques, sans localisations précises ni prédominantes.

Ces lésions n'ont pas, du reste, de retentissement méningé. Une ponction lombaire nous a montré un liquide céphalo-rachidien, sans pression, stérile, sans éléments figurés, normal à tous points de vue, sauf en ce qui concerne le sucre qui se trouverait en proportion un peu exagérée. La réduction de la liqueur de Fehling est évidemment plus franche et plus immédiate que d'ordinaire.

Opération. — Les douleurs dans le bras droit sont devenues intolérables; pour soulager le malade, on décide l'ablation de la volumineuse tumeur profonde du bras et de la petite tumeur de l'avant-bras sur le trajet du cubital.

La première, très volumineuse, est située sous le muscle triceps et

sur le trajet du radial, arrondie, elle semble mobile sur les plans profonds. Anesthésie générale mixte (kélène-chloroforme). Le bras maintenu verticalement par un aide, on place la bande d'Esmarch puis un lien à la racine du bras. Asepsie de la région. Après incision de la peau et du triceps, on tombe sur la tumeur qui occupe toute la loge postérieure du bras. Encapsulée dans une enveloppe fibro-conjonctive, elle semble à première vue traversée par le radial qu'il est impossible de disséquer. Elle est énucléée rapidement et enlevée après section des deux extrémités du radial auquel elle est appendue : hémostase, deux plans de suture, drainage, pansement compressif.

La tumeur de l'avant-bras, assez profondément située sur un filet du cubital, est énucléée facilement. Suture, pansement. Guérison rapide des deux plaies opératoires.

Après l'opération, le bras ne présente pas de troubles de la sensibilité; mais le malade a perdu conscience de la position de ce membre.

Examen macroscopique. — La première tumeur, la plus volumineuse, dure, élastique, de consistance fibreuse, pèse 460 grammes; sa forme est assez régulièrement ovoïde, à grand axe parallèle à celui du bras. Ce grand axe mesure dix-sept centimètres, tandis que l'axe transversal n'en mesure que neuf; à première inspection, le nerf radial paraît pénétrer dans la tumeur par son pôle supérieur, pour en ressortir par son pôle inférieur; il n'en est rien. La dissection nous montre que la tumeur s'est développée entre les filets du radial qu'elle a dissociés, de sorte que le nerf, épanoui, entoure la tumeur d'un réseau comparable aux mailles d'un filet, sans pénétrer dans la tumeur; toutes ses branches, parties du pôle supérieur, cheminent dans l'épaisseur de l'enveloppe fibreuse de la tumeur et vont se réunir en un seul tronc à la partie inférieure.

Une coupe macroscopique nous montre qu'elle est constituée par trois zones distinctes :

1° Une couche fibro-conjonctive assez épaisse qui constitue une sorte de coque;

2° Une zone élastique, d'apparence homogène, couleur de gélatine un peu foncée;

3° Un noyau blanc, dur, criant sous le bistouri et légèrement ramolli à la partie supérieure. Ce noyau, sur la coupe, semble envoyer des prolongements finement ramifiés en nombreuses arborisations dans la substance translucide qui l'entoure.

Le croquis, dessiné par mon préparateur, M. R. Dida, rend bien compte de cette disposition.

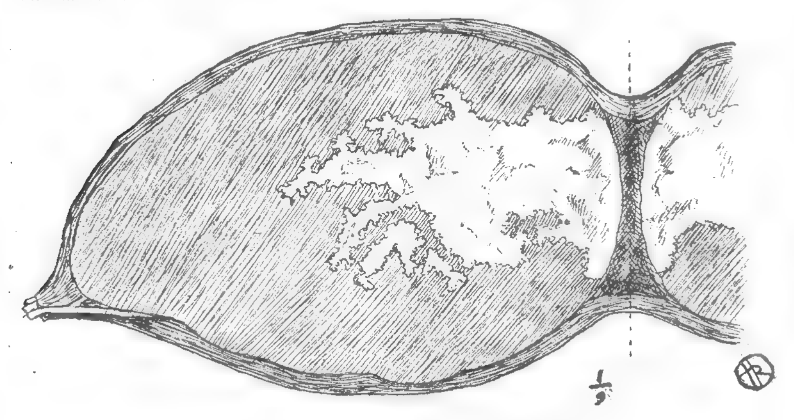
La deuxième tumeur, qui siégeait à l'avant-bras, est beaucoup plus petite. Très régulièrement ovoïde, elle a la grosseur d'un œuf de pigeon. Elle est dure, élastique et translucide. Uue coupe méridienne nous montre l'existence de deux couches dont l'extérieure est plus transparente.

Examen microscopique de la tumeur principale (*radiale*). — A l'examen pratiqué dans notre laboratoire sur le corps même de la tumeur

du radial, nous avons trouvé tous les caractères d'un fibrome; toutefois, en certaines places, les éléments cellulaires étaient si prédominants et la vascularisation si considérable, que nous avons voulu avoir l'opinion de notre confrère M. le Dr Tanton, attaché au laboratoire de bactériologie du Dey.

Ce dernier nous a remis une longue note dont voici simplement le résumé :

Dans la tumeur examinée, on trouve successivement les couches suivantes :



La tumeur fendue en son milieu.

1° Une couche superficielle, adventice conjonctive;

2° Une zone où l'on rencontre des fibres nerveuses (1) dissociées par le tissu conjonctif de constitution variable, c'est-à-dire tantôt avec prédominance cellulaire, tantôt avec prédominance fibrillaire;

3° Enfin une zone tout à fait centrale, purement cellulaire, d'apparence sarcomateuse (2), très vasculaire.

Le type très complet de la maladie présenté par notre sujet, le volume de la tumeur principale, ses curieux rapports avec le nerf radial, son examen anatomo-pathologique qui peut faire supposer, avec les douleurs et le développement du néoplasme (3), qu'on se trouvait au début d'une dégénérescence maligne, sont les points les plus saillants de cette observation, et constituent nos meilleures excuses pour son envoi à la Société de chirurgie.

(1) Ces fibres ont perdu leur myéline et ne paraissent plus constituées que par leur gaine de Schwann contenant du protoplasma avec d'assez nombreux noyaux; on ne voit pas de fibres de Remak.

(2) Par endroits on trouve des endroits qui rappellent assez bien le lymphosarcome.

(3) Jusqu'à présent le malade n'a présenté aucune velléité de récidive.

Sur les rétrécissements congénitaux de l'urètre chez l'homme (1),

par M. le Dr KALLIONZIS (d'Athènes).

Les conditions déterminant la production des rétrécissements congénitaux de l'urètre chez l'homme sont peu connues pour le moment au moins ; mais ce qui est actuellement hors de doute, c'est l'existence de cette variété de rétrécissements, dont la publication se multiplie, grâce aux travaux et aux communications de M. Bazy dont la compétence en matière de voies urinaires est bien connue.

C'est un cas de rétrécissement congénital de l'urètre chez un écolier de quinze ans que je viens de vous communiquer. Ce garçon, qui m'a été envoyé de *Chalkis* (Eubée-Grèce) par le Dr Kournoulis (de Chalkis), continuait à cet âge d'avoir *incontinence* nocturne, et difficulté d'uriner pendant le jour ; l'examen de son urètre par la bougie à boule du n° 8 m'a montré un rétrécissement d'une longueur de 1 cent. 1/2 au moins à la partie postérieure de l'avant-canal.

Ce jeune homme n'a jamais eu aucune espèce d'écoulement de son canal; ayant réexaminé le malade à plusieurs reprises, je me suis arrêté au diagnostic de rétrécissement congénital du canal de l'urètre et je lui ai exécuté l'urétrotomie interne par l'instrument de M. Bazy; le résultat fut parfait; j'ai revu ce malade dernièrement (mars 1905), juste trois ans depuis que je lui ai fait (mars 1902) l'urétrotomie interne, et l'incontinence a disparu depuis, et la miction se fait très facilement. C'est le seul cas de rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme que j'aie observé dans ma longue pratique, et c'est pour cela que je tenais à le communiquer à la Société de chirurgie, à l'occasion de la dernière communication de M. Bazy (séance de 17 mai 1905 de la Société de chirurgie de Paris).

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

Rapport.

Rapport sur la communication de M. le Dr Doyen,

par M. PIERRE DELBET.

Au nom de la Commission que vous avez nommée dans la séance du 14 décembre 1904, et qui est composée de MM. Berger, Kirmisson, Monod, Nélaton et moi, j'ai l'honneur de vous présenter un rapport sur la sérothérapie du cancer par la méthode du Dr Doyen.

Je dois vous rappeler dans quelles conditions cette Commission a été nommée.

L'Association française de chirurgie, lors du Congrès de 1904, a manifesté le désir d'être scientifiquement renseignée sur la valeur d'un traitement du cancer dont le public paraissait très ému, et, par un vote unanime, elle a exprimé le vœu que la Société de chirurgie nommât une Commission pour en étudier les effets.

M. le professeur Guyon, président de l'Association française de chirurgie, est venu nous transmettre ce vœu et nous demander quelle suite nous comptions lui donner. La Société de chirurgie a répondu qu'elle était prête à nommer une Commission, à la condition que M. Doyen vînt lui faire une communication. Les règlements de notre Société nous obligeaient à exiger cette formalité.

M. Doyen est venu faire sa communication le 14 décembre, et la Commission a été immédiatement nommée.

Avant de vous exposer le résultat de ses travaux, je dois vous dire quelle méthode elle a suivie.

Tout d'abord, bien que M. Doyen ait consacré une bonne partie de sa communication à l'étude d'un microorganisme qu'il considère comme l'agent pathogène du cancer, nous avons pris la résolution de laisser complètement de côté le point de vue pathogénique. L'Association française de chirurgie avait exprimé le vœu que ce côté de la question fût confié à l'Institut Pasteur. Nous restions dans son esprit et dans notre compétence en nous limitant strictement à l'effet thérapeutique.

Pour en juger, nous aurions pu soigner nos propres malades par la méthode de M. Doyen, qui avait mis son sérum à notre disposition. Deux d'entre nous l'ont essayé : M. le professeur Kirmisson, qui vous dira ce qu'il a observé, et moi. Je ne me suis

pas cru longtemps autorisé à engager ma responsabilité dans cette voie. Je vous dirai ce que j'ai vu, mais je ne vous le dirai pas dans ce rapport.

Nous avons pensé, en effet, que notre jugement collectif aurait plus de poids s'il était basé exclusivement sur les observations de malades soignés par M. Doyen lui-même.

Après avoir pris rendez-vous avec lui, nous nous sommes rendus tous les cinq à sa clinique particulière le 20 janvier, et nous avons examiné les malades qu'il nous a présentés.

M. Doyen, dans une note qu'il nous a lue le 3 juillet, et sur laquelle nous aurons à revenir, a écrit : « On peut juger par la lecture des observations que les cas choisis par la Commission parmi les malades qui lui ont été présentés sont, pour la plupart, d'une gravité exceptionnelle, et qu'un certain nombre étaient déjà en voie de généralisation cancéreuse. »

Cette phrase pourrait faire croire que nous avons intentionnellement choisi des cas en quelque sorte désespérés. Il n'en est rien. Notre désir, nous l'avons maintes fois exprimé à M. Doyen, c'était de voir et de suivre de petits cancers soignés uniquement par la sérothérapie, et de préférence des cancers du sein, parce que ce sont ceux dont il est le plus facile de suivre l'évolution.

Dans la première séance nous avons éliminé un jeune homme présentant une tumeur de la langue d'un diagnostic fort incertain et deux ou trois malades qui avaient subi récemment des opérations complètes pour des tumeurs de la mamelle. Nous les avons éliminées parce que pour juger de la question des récidives, il aurait fallu les suivre pendant plusieurs années. Il ne pouvait être dans les intentions ni du Congrès de chirurgie ni de la Société de chirurgie d'attendre aussi longtemps notre rapport.

Il était d'ailleurs possible que la question de récidive se tranchât pour ainsi dire d'elle-même. Il ne serait malheureusement pas permis d'affirmer qu'un traitement ayant une action sur les tumeurs primitives mettrait sûrement à l'abri des récidives, mais on serait autorisé à conclure qu'un traitement sans action sur les tumeurs initiales ne pourrait empêcher les récidives post-opératoires.

Sauf ces éliminations nécessaires, nous avons accepté d'étudier et de suivre tous les malades que nous avons pu voir dans cette première séance : et elle a duré au moins deux heures et demie. Il est d'ailleurs parfaitement exact qu'un certain nombre de ces malades étaient à une période avancée. Dans la suite, toutes les fois que M. Doyen nous a demandé de suivre des malades, nous avons accepté de le faire.

Les observations de toutes ces malades étaient obligeamment

résumées sur un cahier par les soins de M. Doyen. C'est sur ce cahier que nos propres constatations ont été consignées.

Ainsi les notes de M. Doyen et les nôtres sont intriquées sur le même cahier. Toutes les nôtres ont été écrites de ma main à chacune de nos séances ; toutes ont été lues à haute voix et dictées par M. le professeur Berger en présence de M. Doyen lui-même ou d'un de ses assistants désigné par lui. Nous nous appuierons donc sur des documents que personne ne peut récuser ni même discuter.

D'ailleurs M. Doyen a eu l'obligeance de faire copier toutes ces observations à la machine à écrire. Il a ainsi grandement allégé mon travail matériel et je l'en remercie.

Il avait éliminé deux observations que nous avons cru devoir rétablir. Ce sont celles de deux malades chez qui il s'est produit une aggravation rapide et qui ont disparu. M. Doyen les a éliminées parce qu'elles avaient été insuffisamment traitées. L'une de ces malades a reçu neuf injections et l'autre au moins six. M. Doyen juge ce traitement insuffisant. Ces malades n'en ont pas moins été traitées car six injections, neuf injections ne sont pas quantité négligeable quand il s'agit de sérothérapie.

Et puis n'est-ce point en raison de l'aggravation rapide qui s'est produite pendant le traitement qu'elles l'ont interrompu. Il nous semble que si l'on éliminait d'une statistique de ce genre tous les malades qui disparaissent après 6, 8, 10 injections, on arriverait à vicier singulièrement les résultats, car ce sont justement ceux chez qui l'aggravation est le plus rapide qui, jugeant le traitement inefficace, y renoncent le plus vite. Si le médecin est tenté de la meilleure foi du monde d'attribuer l'échec à la manière insuffisante dont le traitement a été suivi, les malades déclarent d'autre part qu'ils ont renoncé au traitement parce qu'ils ne s'en trouvaient pas bien.

Toutes les observations seront publiées dans ce rapport, *in extenso*, telles qu'elles sont dans le cahier de M. Doyen. Nous n'y changerons pas un mot. Vous vous rapppelez qu'elles ont été dictées et écrites au cours de chaque séance. Ce sont des notes où le souci de la grammaire n'entre pour rien. Nous leur avons laissé leur forme primitive. Il eût été facile de l'améliorer mais non peut-être sans diminuer leur valeur. Dans ces sortes de choses il faut serrer les faits de tout près, et réduire au minimum l'interprétation. Or, c'est déjà interpréter que traduire des notes en langage correct. Grâce à ces documents, qui voudra pourra se faire une opinion par soi-même. Ce qui a été écrit par M. Doyen est imprimé en italique, ce qui a été écrit par moi en caractères ordinaires.

Quand nous avons commencé nos travaux nous ne savions pas, nous ne pouvions pas savoir quelle en serait la durée. Si nous avions vu les ulcérations cancéreuses se cicatriser, les adénopathies fondre, les tumeurs s'évanouir, nous aurions pu en quelques semaines établir un rapport triomphal, et je n'ai pas besoin de vous dire avec quelle joie nous serions venu vous annoncer « le cancer est vaincu ; nous sommes enfin débarrassés de ce cauchemar ».

Mais les choses ont marché d'autre sorte.

Notre première réunion à la clinique de M. Doyen eut lieu le 20 janvier. J'y retournai seul le 2 février. Puis la Commission décida de ne tenir ses réunions qu'au complet. La seconde eut lieu le 17 février, et la troisième le 10 mars.

A cette époque, comme aucune amélioration ne s'était produite chez aucun malade, comme il était survenu chez plusieurs une aggravation manifeste, comme d'autre part nous ne voulions pas porter un jugement qu'on aurait pu trouver hâtif, nous avons décidé de poursuivre nos observations jusqu'à la fin de juin et, d'accord avec M. Doyen, qui nous avait demandé d'espacer nos séances, nous avons fixé les dates de nos réunions ultérieures qui ont eu lieu le 19 mai, le 9 juin et le 30 juin.

Avant de vous exposer les faits, je dois encore vous ennuyer de quelques renseignements.

M. Doyen nous a demandé une réunion supplémentaire qui a été tenue le 3 juillet. Il nous a donné lecture ce jour-là d'un mémoire où il a consigné ses observations sur les malades que nous avons suivis. De sa lecture, il semblait résulter qu'aucune des observations que nous avions si laborieusement constituées n'était utilisable. Les unes devaient être rejetées parce que le traitement avait été commencé trop tard, les autres parce qu'il n'avait pas été régulièrement suivi.

A chaque séance nous avions examiné les malades qui nous étaient présentés sans nous enquérir du nombre exact d'injections qu'ils avaient reçues. Puisqu'on les présentait à une Commission chargée de juger de l'efficacité d'un traitement, la Commission pensait que ce traitement était appliqué.

Aussi, quand M. Doyen eut terminé sa lecture, nous lui demandâmes si réellement son intention avait été de nous faire suivre des malades pendant près de six mois, pour nous déclarer à la fin qu'ils étaient inutilisables.

M. Doyen s'est défendu d'avoir eu une pareille intention, mais tout cela était d'un vague où nous ne pouvions rester. Aussi avons-nous prié M. Doyen de marquer d'une croix le nom des malades qu'il considérait comme ayant été suffisamment soignés. Il a fait dix-sept croix.

Sur 26 malades, il en est donc 17 qui d'après M. Doyen ont reçu un traitement suffisant et neuf qui n'ont pas été suffisamment soignées. Nous verrons que parmi ces dernières il en est cependant plusieurs qui ont reçu des injections en nombre considérable.

Dans l'exposé des observations nous avons suivi la division et l'ordre adoptés par M. Doyen dans ses publications antérieures. Les rapprochements seront ainsi simplifiés d'autant plus que j'indiquerai pour chaque observation le numéro de la statistique générale de M. Doyen.

Nous envisagerons donc d'abord les cas qui ont été traités par la sérothérapie seule sans opération; puis ceux où la sérothérapie a été combinée à une opération (1).

PREMIER GROUPE. — Cas traités sans opération.

Série A. — **Tumeur initiale.**

Obs. 1. N° 264. — *Mme R..., soixante-dix ans, présente au-dessus et en dedans du mamelon droit une petite tumeur cancéreuse typique du volume d'une noix et adhérente à la peau. Quelques ganglions axillaires.*

Traitement antinéoplasique à partir du 11 novembre.

Le 9 décembre la malade a reçu six injections.

La masse cancéreuse s'est rétractée et paraît en voie de sclérose.

Toute intervention est inutile en ce moment. La malade sera tenue en observation.

Cette malade a été vue par les Drs Variot, Blondel et Petit.

17 février. — Petite tumeur squirrheuse à la partie antéro-supérieure du mamelon. Volume d'une petite noix. Peau adhérente au centre. Un ganglion aplati et mal limité dans l'aisselle. A reçu une douzaine d'injections.

9 *mars. — La malade a interrompu le traitement du* 21 *décembre* 1904 *au* 28 *février* 1905. *La masse est en volume la moitié de ce qu'elle était au début du traitement.*

19 mai. — Volume de la tumeur avec la peau, 4 centimètres environ. Adhérence avec envahissement de la peau.

Ganglion axillaire stationnaire.

Cette malade n'a reçu du 28 février au 16 mars que quatre injections, soit treize injections en tout.

Cette malade est considérée par M. Doyen comme ayant été suffisamment traitée. Elle a reçu treize injections. Il s'agit d'un petit squirrhe à évolution lente. Il s'est produit cependant une aggra-

(1) Je rappelle que dans chaque observation ce qui a été rédigé par M. Doyen est imprimé en italique. Ce qui a été rédigé par la Commission est en caractères ordinaires.

vation sensible dans le temps que nous l'avons suivie, puisque la peau simplement adhérente le 17 février est envahie pour son propre compte le 19 mai. La tumeur a d'ailleurs grossi.

Obs. 2. N° 309. — *Mme L..., quarante ans. Cette malade présente une petite tumeur du sein gauche, au-dessus du mamelon, et mesurant 6 centimètres verticalement, 3 centimètres dans le sens latéral, avec enfoncement léger du mamelon, d'origine traumatique.*

Traitement à partir du 10 février.

17 février. — Cancer squirrheux du sein gauche. Légère rétraction du mamelon. Adhérence de la peau au-dessus du mamelon. Volume d'une petite pomme. Un petit ganglion sous le grand pectoral et un autre probable plus haut.

La malade a reçu trois injections.

6 *mars. Du* 17 *février au* 8 *mars, six injections.*

10 mars. — Même état. Un ganglion du volume d'un flageolet.

La malade part en province, le 25 *mars, après avoir reçu douze injections.*

Dans ce cas aussi, M. Doyen considère le traitement comme suffisant. La malade a reçu douze injections. Il s'agit encore d'un squirrhe à évolution lente. Nous l'avons suivi à peine un mois. Un ganglion nous a semblé avoir légèrement grossi.

Obs. 3. N° 310. — *Mme N... Grosse tumeur à la partie supérieure du sein se continuant avec une masse axillaire.*

17 février. — Vue pour la première fois.

Gros néoplasme de la partie supéro-externe du sein droit avec adénopathie axillaire qui rejoint la masse principale.

Traitement commencé le 20 *février.*

Cinq injections.

Les clichés montrent que la tumeur a diminué de volume.

10 mars. Mêmes caractères. Sans augmentation ni diminution manifeste.

Œdème avec rougeur légère, comme lymphangitique, de la région externe du sein sans caractère déterminé. Un petit point saillant, paraissant suppuré à la partie la plus inférieure de cet œdème, tangentiel au bord inférieur de l'aréole.

Un tout petit ganglion sus-claviculaire.

Œdème léger du bras.

La zone adhérente est lisse, croûteuse, très dure, colorée en rouge et sèche. Diamètre vertical de la plaque rouge, 5 centimètres. Diamètre horizontal de 5 centimètres.

19 mai.— La malade a reçu dix nouvelles injections. La masse totale nous paraît très augmentée de volume. Autour de la zone rouge, teintes violacées irrégulières rendant la mensuration illusoire.

Cette malade est morte peu après de bronchite capillaire.

Cette malade est considérée par M. Doyen comme insuffisament traitée. Elle a reçu quinze injections en trois mois et pendant les trois mois l'aggravation a été singulièrement rapide.

Le 17 février, quand nous l'avons vue pour la première fois, elle était dans l'état où sont la plupart de nos malades d'hôpital. Elle avait un gros néoplasme de la partie supéro-externe du sein droit avec une adénopathie axillaire qui rejoignait la masse principale. Il n'y avait pas de glanglions sus-claviculaires, pas d'œdème du bras, la tumeur n'était pas ulcérée; elle était de celles que nous opérons tous.

Il s'en faut de beaucoup que la tumeur soit devenue plus opérable sous l'influence de ces quinze injections. Au contraire elle ne l'était plus le 19 mai, c'est-à-dire que l'opération n'avait plus aucune chance de succès durable.

D'ailleurs la malade a succombé peu aprés. Sa mort est attribuée à une bronchite capillaire suraiguë.

Ainsi dans cette première série de trois cas, qui comprend les tumeurs initiales traitées par la sérothérapie seule, nous trouvons :

Un squirrhe stationnaire pendant un mois.
Une aggravation manifeste.
Une aggravation rapide et très fâcheuse.
Pas une amélioration.

Série B. — **Récidives traitées par la sérothérapie sans opération.**

Obs. 4. N° 78. — *M. M..., cinquante-deux ans, opéré le 24 octobre 1903 d'un épithélioma de la face des dimensions d'une pièce de cinq francs. A la partie moyenne de la cicatrice, qui mesure 6 centimètres, se trouve un noyau induré adhérent au périoste de l'os malaire. On observe une petite ulcération,*

A la partie supérieure, saillie exubérante ovalaire du volume d'un petit haricot induré, adhérant profondément.

Induration lenticulaire à la partie inférieure de la cicatrice.

Il s'agit évidemment d'une récidive rapide, car il existe de chaque côté, notamment du côté droit, un ganglion sous-maxillaire du volume d'un haricot. La récidive a été constatée par le Dr Darier qui a fait l'examen de la tumeur primitive.

Le malade désire être traité sans opération. Traitement à partir du 8 décembre 1903.

Amélioration sensible le 19 décembre, après la deuxième piqûre. Le 19, le noyau moyen adhérent se mobilise; diminution du ganglion sous-maxillaire droit. Quatorze injections jusqu'au 13 janvier 1904.

20 janvier. — Un ganglion en arrière de la sous-maxillaire. Rien dans la cicatrice.

2 février. — Le petit ganglion est stationnaire.

19 mai. — Petit ganglion en arrière de la sous-maxillaire du volume d'un pois, mobile.

30 juin. — Engorgement ganglionnaire bilatéral et médian. Le ganglion médian du volume d'une petite noisette est entouré d'une zone d'induration.

M. Doyen fait observer que ce malade n'a reçu aucun traitement depuis le 13 janvier 1904, c'est-à-dire depuis dix-sept mois, et qu'il a de mauvaises dents.

Ce malade est considéré par M. Doyen comme suffisamment traité. Il ne présentait qu'un ganglion le 20 janvier, quand nous l'avons vu pour la première fois. Le 30 juin, il en avait trois, dont un volumineux.

Si ces ganglions ne sont pas néoplasiques, c'est tout simplement un cas de cancroïde de la face sans récidive après vingt mois, ce qui n'a rien d'extraordinaire. Si ces ganglions sont néoplasiques, comme il y a tout lieu de le croire, le cas s'est notablement aggravé pendant que nous l'avons suivi.

Mais il est dit dans l'observation qu'il y a eu une récidive dans la cicatrice, que cette récidive a été constatée par notre collègue Darier, et qu'elle a disparu sous l'influence du traitement.

Il m'a semblé qu'il serait intéressant d'avoir quelques renseignements sur ce point.

Le malade a été opéré le 24 octobre 1903, par M. le Dr Loevy. Il s'est présenté le 4 décembre de la même année chez notre collègue Darier, qui ce jour-là même a écrit sur une fiche qu'il m'a confiée : « Je trouve une cicatrice de 6 centimètres, adhérente à l'os malade, avec points de suture apparents. — Deux points plus que suspects : l'un à l'extrémité supérieure, ulcération de 2 millimètres de diamètre sur un nodule de la grosseur d'un pois ; — l'autre au milieu de la portion adhérente, demi-transparente avec un point opaque. »

La tumeur enlevée par le Dr Lœvy a été examinée par notre collègue Marie au laboratoire de M. le professeur Cornil. Microscopiquement il s'agit bien d'un épithéliome pavimenteux qui présentait cette particularité rare qu'on y trouve un grand nombre de cellules géantes. M. Marie, malgré toutes ses recherches, n'a pu y déceler de bacilles tuberculeux. D'après M. Cornil, ces cellules géantes n'auraient pas une signification tuberculeuse. Elles ne joueraient qu'un rôle de voirie, celui de résorber les débris des cellules épithéliales dégénérées.

C'est peut-être en raison de cette particularité que la tumeur paraît comme capsulée à sa face profonde.

Grâce à l'obligeance de MM. Cornil et Marie, j'ai pu examiner la pièce. Rétractée par l'alcool, l'ulcération a à peine les dimensions d'une monnaie de deux francs. La tumeur a une circonscription remarquablement nette, et sur la pièce, qui a été conservée en totalité, il est aisé de voir que l'extirpation a été très largement faite. Partout la section est passée loin du néoplasme, si bien qu'on n'a pas l'impression que cette tumeur qui était, il ne faut pas l'oublier, un cancroïde de la face ait pu récidiver rapidement.

Or, c'est quarante jours après l'opération que Darier a constaté les noyaux qui lui ont paru plus que suspects et que M. Doyen considère comme des récidives évidentes. Etant donné la nature de l'épithéliome, sa limitation nette, l'étendue de l'intervention d'une part et d'autre part l'époque à laquelle on a constaté ces petites ulcérations, on peut se demander s'il ne s'agissait pas simplement de vices d'évolution de la cicatrice.

Quoi qu'il en soit le malade avait trois ganglions le 30 juin, alors qu'il n'en avait qu'un le 20 janvier.

Obs. 5. N° 80. — *Mme C..., cinquante ans, a été opérée le* 9 *juillet* 1901, *d'un cancer du sein droit à noyaux multiples, avec adénopathie axillaire. Récidive immédiate. Traitement irrégulier du* 4 *octobre* 1901 *au* 31 *octobre* 1902. *Amélioration. Interruption du traitement par la malade.*

Le 1er *décembre* 1903, *elle se présente à la clinique avec une récidive en cuirasse très étendue et adhérente à la paroi costale. La rougeur et l'induration s'étendent dans le dos jusqu'à un travers de doigt de la colonne vertébrale. La malade est serrée comme dans un étau et la respiration est pénible.*

Il existe un noyau isolé du volume d'une grosse lentille au niveau de l'angle de l'omoplate.

Traitement à partir du 1er *décembre* 1903.

Le 21, *la peau, rouge et indurée, tend à prendre une couleur feuille morte et jaunâtre.*

Le 5 *mars* 1904, *le noyau de l'angle de l'omoplate, qui avait légèrement augmenté de volume, est traité par une injection interstitielle de vaccin NC. Le noyau blanchit immédiatement et s'élimine peu à peu.*

Du 5 *mars au* 16 *août, le traitement est à peu près interrompu. On constate qu'il y a une recrudescence locale compliquée d'induration œdémateuse du sein opposé qui est nettement envahi. Reprise du traitement.*

20 *octobre* 1904. *La malade est examinée par les membres du Congrès de chirurgie et par M. Metchnikoff. La plaque de cancer en cuirasse est très améliorée et s'est mobilisée sur la paroi thoracique. Il s'est produit de nombreuses incrustations noirâtres dans l'épiderme, sans qu'on ait pu en trouver exactement la cause. Ce doit être une pigmentation due à des sels métalliques. Il y a récidive en bas de la cicatrice du noyau dorsal qui n'a été que partiellement détruit par l'injection interstitielle.*

Du coté droit toute l'ancienne plaque de cancer en cuirasse s'est assouplie et peut être mobilisée de plusieurs centimètres sur la paroi thoracique.

On constate à peine à l'examen optique et au palper la trace des anciens nodules cutanés qui étaient rougeâtres, durs et saillants.

26 *juin* 1904. — *Le sein gauche a diminué de volume. Il y a un peu de rétraction du mamelon et, de ce côté, l'invasion néoplasique est depuis octobre en voie de régression.*

La cicatrice du noyau cutané de l'angle de l'omoplate est souple. L'injection interstitielle, faite le 5 *mars* 1904, *c'est-à-dire il y a quinze mois, a déterminé la disparition complète du noyau qui est remplacé par une cicatrice légèrement déprimée, sans trace d'induration.*

Cette malade a été vue pour la première fois par la Commission le 19 *mai* 1903.

Revue le 30 juin. Même état que le 19 mai.

Cicatrice irrégulière légèrement mobile, entourée d'une large plaque de peau chagrinée avec des taches pigmentaires irrégulières. Autour de la zone des taches pigmentaires, zone de rougeur s'irradiant sur la région abdominale supérieure, avec induration légère au niveau de ces plaques. Indurations et rougeur semblables sur le sein gauche avec induration profonde, diffuse de l'organe. Le tout ayant l'air de lymphangite néoplasique.

En arrière cicatrice lisse et mobile résultant d'une injection interstitielle. Induration légère diffuse de la peau avec coloration analogue au-dessous de la région scapulaire.

Deux épreuves photographiques, 1[er] décembre 1903, 13 février 1904, douteuses comme résultat. M. Doyen nous demande de n'en pas tenir compte *et fait observer que les photographies ne peuvent donner aucune idée de ce cas, parce que les taches jaunes et pigmentées s'exagèrent sur les épreuves et que d'autre part la saillie des nodules cutanés ne peut pas y être appréciée.*

M. Doyen nous a demandé de voir cette malade le 19 mai. Comme nous trouvions qu'il ne nous restait pas assez de temps pour juger de l'évolution, nous n'avons pris ce jour-là aucune note sur elle. Le 30 juin M. Doyen a insisté pour qu'elle figurât dans notre rapport. C'est pour satisfaire à son désir que nous avons pris les notes que vous venez de lire. Elles prouvent que la malade était en fort mauvais état ; c'est tout ce que nous pouvons dire.

Deux épreuves photographiques datant l'une du 1[er] décembre 1903, l'autre du 13 février 1904 semblaient prouver une aggravation. M. Doyen, attribuant cette apparence à des vices d'ordre photographique, nous a demandé de n'en pas tenir compte. C'est donc un cas inutilisable.

Nous aurons d'ailleurs à revenir sur l'évolution des cancers en cuirasse à propos d'un cas que nous avons suivi.

Obs. 6. N° 185. — *Mme M..., cinquante-six ans. Cancer du sein gauche récidivé. Amputation du sein le 4 juin 1903. La malade vient rue Piccini le 12 avril 1904. On constate des noyaux de récidive dans la cicatrice et des ganglions sus-claviculaires avec œdème.*

Traitement à partir du 13 avril 1904.

Interruption du traitement le 10 juin 1904 après 19 injections.

Le 20 août, il y a 5 petits noyaux indurés le long de la cicatrice, et, dans le chef sternal du muscle sterno-cléido-mastoïdien, un noyau cancéreux du volume d'une noisette. Le traitement est repris. Cinq injections du 25 août au 16 septembre.

Le 13 décembre, on constate une augmentation de volume des noyaux qui sont au nombre de 9 et un peu plus volumineux. On perçoit trois ganglions sus-claviculaires ovales.

20 janvier. — Un noyau au-dessous de la cicatrice. Plus en dehors, un gros noyau en forme de plaque qui déborde la cicatrice en haut. Cette plaque se termine en bas par un petit nodule arrondi. Ganglions sus-claviculaires. Léger œdème du bras depuis trois semaines.

Le 8 mars, après 15 nouvelles injections, on constate la disparition du noyau intra-musculaire sus-sternal qui avait été constaté et noté, le 16 juin, par le Dr Pattison.

10 mars. — Le noyau, situé en dehors de la cicatrice, est légèrement adhérent aux parties profondes et paraît avoir augmenté.

La cicatrice au niveau du grand pectoral est manifestement envahie par une plaque dure et adhérente à la cicatrice.

Ganglions sus-claviculaires et œdème du bras les mêmes. Du 10 mars au 31 mars, cinq nouvelles injections. 19 mai. — La plaque dure de la cicatrice présente un aspect irrégulier. Consistance très dure, irrégulière, gaufrée et adhérente aux parties profondes. Elle se continue antérieurement avec une induration cutanée qui paraît être due à la fusion de la plaque avec le plus antérieur des noyaux signalés. Le noyau inférieur persiste.

La partie supérieure de la plaque se continue avec une traînée enfoncée, indurée et adhérente ayant à peu près les mêmes caractères que la plaque. L'ensemble constitue une masse adhérente dure et relativement volumineuse.

Ganglions sus-claviculaires très manifestes.

Œdème du bras et de l'avant-bras venant jusqu'au poignet, dur, ne conservant pas l'empreinte du doigt.

Cette malade a été traitée très irrégulièrement et n'a reçu que 13 injections depuis le 20 janvier, quantité tout à fait insuffisante dans un cas aussi grave.

Cette malade est considérée par M. Doyen comme insuffisamment traitée. Elle a reçu 44 injections. L'aggravation est très manifeste.

Obs. 7. N° 255. — *Mme C..., soixante-trois ans. Cancer du sein gauche récidivé. Cancer du sein droit. Tumeur rétro-orbitaire.*

A été opérée le 28 novembre 1903 d'un cancer du sein gauche par le Dr Ricard.

Récidive depuis février 1904; plaque énorme rougeâtre, suintante, douloureuse, fixée sur le thorax et s'étendant vers l'aisselle en dehors et en bas par des traînées de lymphangite cancéreuse avec nodules cutanés. Envahissement du sein droit depuis mars 1904. On constate de ce côté une masse néoplasique du volume du poing avec envahissement de la peau et adénopathie axillaire considérable.

Exophtalmie très accentuée de l'œil droit, correspondant à une généralisation orbitaire.

Traitement antinéoplasique à partir du 29 octobre 1904.

Le 9 décembre, les plaques cutanées rougeâtres se sont sensiblement modifiées et la tumeur du côté droit a diminué de volume mais l'état général reste sérieux et la persistance de l'exophtalmie témoigne de la gravité du cas.

18 *janvier. — Épidermisation de la plaque de cancer en cuirasse qui a pâli et commence à ne plus suinter.*

Diminution de l'exophtalmie et des douleurs.

Vue le 20 janvier, la malade a reçu 17 injections.

17 mars. — La sensation de dureté est moindre au centre que dans les parties périphériques.

Au-dessus de la cicatrice, une zone de deux travers de doigt s'amincissant en dehors. Au-dessous de la cicatrice, une zone se continuant jusqu'en arrière de la ligne axillaire postérieure, venant atteindre la ceinture, et remontant sur la région épigastrique et ombilicale inférieure.

Sein droit. Cancer en masse avec nombreuses nodosités cutanées. Ganglions axillaires à droite.

Exophtalmie persiste.

19 mai. — La plaque est moins ulcérée, moins irrégulière et moins rouge. Extension des infiltrations lymphangitiques en haut, en bas et dans la peau du sein du côté opposé.

État cachectique avancé.

30 *juin. — La malade est partie à la campagne et donne des nouvelles satisfaisantes.*

Ce cas est d'autant plus intéressant qu'il a été régulièrement traité.

Il s'agit d'une récidive en cuirasse avec traînées lymphangitiques autour de la plaque principale.

M. Doyen considérait comme un succès le fait incontestable que la plaque centrale qui présentait le 20 janvier l'aspect eczémateux rouge et suintant, que vous connaissez tous, était le 19 mai moins ulcérée, moins irrégulière et moins rouge.

M. le professeur Berger lui a fait remarquer, en citant plusieurs faits à l'appui, que cette évolution n'est point rare chez les malades non traités. On voit souvent en effet les noyaux centraux diminuer et pâlir, se flétrir en quelque sorte à mesure qu'il s'en pro-

duit de nouveaux à la périphérie. Ici les extensions lymphangitiques ont progressé rapidement en haut, en bas et dans la peau du sein du côté opposé. L'amaigrissement est manifeste et nous avons noté le 19 mai, la dernière fois que nous avons vu la malade, qu'elle était dans un état cachectique avancé.

L'aggravation est incontestable.

Obs. 8. N° 297. — *Mme M..., trente-huit ans, a été opérée le* 8 *novembre* 1902 *d'un cancer du sein droit, et le* 30 *décembre* 1903 *d'une récidive.*

Actuellement, le 18 *janvier* 1905, *il existe au voisinage de la cicatrice deux noyaux cutanés, dont l'un rouge et adhérent à la paroi thoracique.*

Ganglions sus-claviculaires et axillaires.

20 janvier. Deux noyaux indiqués ci-dessus.

2 février. — Quatre injections depuis le 20 janvier (fracture de la clavicule droite ancienne). Les deux noyaux sont rouges et adhérents sans augmentation de volume.

17 février. — Cinq injections depuis le 2 février. Le noyau inféro-interne s'est agrandi et mesure les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Le noyau supéro-externe, un peu plus saillant, sans augmentation de volume, commence à s'ulcérer.

Injection interstitielle le 24 *février. Le noyau le plus interne s'est sphacélé.*

Dans la photographie du 19 *janvier, on remarquera que le noyau principal est en partie caché par un pli de la peau qui est, au contraire, soulevé avec le doigt dans le cliché du* 21 *février.*

19 mai. — La malade a reçu une injection interstitielle sur une étendue de 6 centimètres. Les deux noyaux sont remplacés par une plaque d'induration adhérente à la paroi thoracique, assez épaisse, au centre de laquelle est une dépression cicatricielle résultant de l'injection interstitielle. M. Doyen attribue cette induration à l'inflammation résultant de l'injection.

Un ganglion sus-claviculaire allongé assez haut.

Cette malade est partie dans la Charente le 20 *mai.*

Dans ce cas, M. Doyen juge le traitement suffisant. Il a été fait des injections interstitielles sur lesquelles nous aurons à revenir.

Je ferai remarquer que la tumeur sus-claviculaire qui avait été considérée comme ganglionnaire était un cal consécutif à une fracture ancienne de la clavicule.

L'aggravation est manifeste puisque nous avons vu l'un des noyaux grossir et l'autre s'ulcérer.

L'élimination de la plaque de sphacèle consécutive à l'injection interstitielle a laissé une induration adhérente à la paroi thoracique.

Obs. 9. N° 298. — *Récidive cutanée multiple d'un cancer des deux seins.*

Mme H..., quarante-quatre ans, cancer du sein gauche, opérée en

août 1900, par M. Michaud, d'une tumeur du sein gauche (ablation partielle). Récidive immédiate et ablation totale en mars 1901, par M. Quénu.

Ablation du sein droit en 1904, par M. Quénu.

Le 20 janvier 1905, on constate à gauche des ganglions sus-claviculaires externes sous le trapèze, un ganglion carotidien volumineux, et dans l'aisselle un ganglion gros comme un haricot. Il existe un petit noyau cutané devant l'épaule gauche; ce petit noyau est une récidive de l'ablation d'un petit noyau cancéreux survenu en ce point. On constate à droite une autre cicatrice de l'ablation d'un noyau cutané. En bas de la cicatrice principale du côté droit, il existe un noyau rouge et saillant de 18 millimètres de diamètre.

Dans le dos, 2 petits noyaux sous-cutanés, un au-dessous de la proéminente, un autre à gauche au niveau de la taille.

Vue par la Commission le 20 janvier.

Traitement à partir du même jour.

2 février. — 5 injections depuis le 20 janvier. — Etat stationnaire.

Le 3 mars, injection interstitielle dans le noyau de 18 millimètres, au bord de la cicatrice droite.

10 mars. — Gauche. Ganglion axillaire gros pois. Devant l'épaule, petit noyau avec une perforation résultant d'une injection. Le noyau lombaire est adhérent. Même état pour les autres noyaux.

Droit — Le noyau inférieur a reçu une injection interstitielle. Petit ganglion derrière le sterno-mastoïdien droit.

19 mai. Gauche. Ganglion axillaire persiste. Devant l'épaule, le noyau injecté se traduit encore par une induration légère et sensible.

Le noyau lombaire toujours adhérent. Ganglion rétrocarotidien se sent. Ganglion sous le trapèze du volume d'un petit haricot.

Droit. — Le noyau inférieur se traduit par une ligne transversale aux extrémités de laquelle se trouvent deux indurations.

6 juin. — Injection interstitielle dans les deux petits noyaux dorsaux.

30 juin. — Coté droit. Même état.

Epaule gauche. Sensibilité et induration légère au niveau du point injecté.

Les deux tumeurs du dos (gauche) ont été détruites par des injections interstitielles.

Ganglion axillaire persiste.

Ganglion sous le trapèze du volume d'une petite cerise avec induration et adhérence au muscle.

Il s'agit ici d'une récidive singulière avec de tout petits noyaux disséminés à grande distance, complètement indépendants les uns des autres. Le traitement est jugé suffisant.

L'état de la malade est à peu près stationnaire. Cependant l'un des ganglions qui présentait les dimensions d'un petit haricot le 19 mai avait acquis le 30 juin le volume d'une petite cerise et était devenu adhérent au muscle. C'est donc une aggravation légère.

Obs. 10. N° 311. — *Mme D..., quarante ans. Opérée en octobre 1903 par le Dr Desmoulins, au sein droit, pour une petite tumeur de la grosseur d'une olive.*

En janvier 1901, apparition brusque de nombreux noyaux cutanés disséminés. La malade applique un caustique sur la masse principale, ce qui détermine une ulcération comme une pièce de 2 francs.

Le 18 février 1905, traitement antinéoplasique. L'ulcération s'est agrandie, la cicatrice est envahie par la récidive, et complètement adhérente à la paroi thoracique. Il existe des noyaux cutanés disséminés sur tout le corps et une petite induration dans l'autre sein, en dehors et au-dessus du mamelon.

Le 14 avril, l'ulcération s'est agrandie par suite de l'élimination du tissu cancéreux sur lequel se produisaient les croûtes. Les noyaux ont beaucoup pâli, se sont affaissés et la peau du pourtour de la cicatrice s'est mobilisée sur la paroi.

Le 29 juin, grattage des bourgeons charnus, qui ont un aspect normal, pour permettre l'application de greffes épidermiques, — qui sont placées le 28 juin.

Le 26 juin, les noyaux cutanés sont pâles et affaissés, la peau du pourtour de la plaie est mobile et une partie des greffes présente un aspect satisfaisant.

30 juin 1905. Région mammaire droite : perte de substance granuleuse un peu vernissée de 8 centimètres sur 4 à 5, portant des traces de greffe, à laquelle aboutit une cicatrice axillaire entourée de quelques nodosités. Celles-ci se continuent autour de la perte de substance avec une zone de nodosités indurées analogues descendant en bas jusqu'au dessous du rebord costal. Elles sont à première inspection au nombre de 25 à 30.

Examen impossible des régions avoisinantes.

En outre, nodosités discrètes par places, confluentes dans d'autres, de la dimension de 7 à 8 millimètres chacune, rosées ou bronzées, adhérentes à la peau.

Cicatrice de biopsie à la région sternale.

Ce cas est inutilisable pour les mêmes raisons que le cas 5. A la demande de M. Doyen, nous avons pris le 30 juin les notes ci-dessus. Elles montrent que bien que la malade ait été régulièrement soignée depuis le 18 février, son état est très grave.

Ainsi dans cette série, qui comprend les récidives traitées par la sérothérapie sans opérations secondaires, nous comptons sept observations.

Deux sont inutilisables. Les malades sont d'ailleurs dans un état très grave.

Cinq sont des cas d'aggravation : une légère, quatre très manifestes.

Pas d'amélioration.

Je passe aux faits du second groupe, ceux où la sérothérapie a été combinée avec une ou plusieurs opérations. Dans ce groupe comme dans le précédent, deux séries, suivant qu'il s'agit de tumeur initiale ou de récidive.

GROUPE II

Série A. — **Tumeurs initiales traitées par la sérothérapie combinée avec une opération.**

Obs 11. N° 161. — *Mme D..., quarante-huit ans. Tumeur massive, occupant les deux tiers externes du sein gauche. Rétraction du mamelon.*

Traitement le 15 mars. — Opération le 16 mars 1904.

Il existait une quantité de ganglions axillaires, notamment des ganglions postérieurs, qui formaient une masse volumineuse. L'opération est manifestement incomplète dans la profondeur.

Le 20 janvier 1905, on constate un ganglion mobile près du bord postérieur du sterno-mastoïdien; ce ganglion peut provenir d'une angine.

Le traitement, commencé le 15 mars 1904, a été interrompu du 21 juin au 4 décembre 1904, à l'exception de deux injections faites en septembre. A cette date, le nombre total était de 21 injections.

20 janvier. — Bonne cicatrice. Un ganglion mobile près du bord postérieur du sterno-mastoïdien.

2 février. — Même ganglion.

10 mars. — Ganglion persistant avec même caractère.

19 mai. — Même état.

Du 4 décembre 1904 au 14 juin 1905, la malade a reçu quinze injections.

Le 26 juin, bon état général. Cicatrice pâle et souple. Le ganglion carotidien persiste.

30 juin. — Même état.

Chez cette malade qui a été régulièrement traitée, nous avons noté un ganglion lointain dont on ne peut même pas affirmer qu'il soit néoplasique. Son état n'a pas changé pendant les cinq mois et demi que nous l'avons observée. L'opération date seulement de quinze mois et demi.

Obs. 12. N° 202. — *Mme G..., soixante-six ans, opérée le 6 mai 1904 d'un énorme cancer du sein droit, avec une quarantaine de ganglions au moins. Ce cas était exceptionnel par le nombre et le volume des ganglions infectés. On a dû laisser les ganglions sus-claviculaires qui existent des deux côtés.*

Très mauvais cas. Opération incomplète. La malade a reçu quatre injections depuis le mois de juin.

20 janvier. — Bonne cicatrice. Grosse masse ganglionnaire sus-claviculaire du côté droit. Un ganglion mobile sus-claviculaire à gauche.

2 février. — Etat paraît stationnaire du côté droit. Du côté gauche le ganglion est augmenté de volume, moins mobile, et il s'en est déve-

loppé un second plus en dehors. La malade n'a reçu qu'une injection depuis le 20 janvier.

10 mars. — Du 2 février au 10 mars, la malade a reçu six injections. Le creux sus-claviculaire droit est entièrement occupé par une tuméfaction ganglionnaire fixe, très dure, bosselée. En dehors, près de la jugulaire externe, un petit ganglion mobile plus superficiel.

Du côté gauche, une masse étendue transversalement du sterno-mastoïdien au trapèze, formée de plusieurs ganglions, s'élève à un travers de doigt au-dessus de la clavicule. Un petit ganglion superficiel, très mobile en avant de la clavicule.

Au-dessus de la cicatrice, vers son tiers inférieur, plaque légèrement dure, diffuse, interposée entre la peau et la paroi costale.

Quelques petits boutons rouges, sans grand caractère, sur la région thoracique antérieure.

La malade a à peu près complètement interrompu le traitement à partir du 10 mars. Il est donc impossible de se baser sur ce cas pour juger le traitement, qui a été très irrégulier et insuffisant. La malade a reçu, en tout, quinze injections.

M. Doyen a noté cette malade comme insuffisamment traitée; elle a reçu quinze injections; six ont été faites du 2 février au 10 mars et pendant ce temps l'aggravation a été notable.

C'est seulement après le 10 mars que la malade a interrompu le traitement et l'on peut se demander si ce n'est pas l'aggravation rapide qui l'a conduite à y renoncer.

Obs. 13. N° 234. — *M. L..., trente-quatre ans, a été opéré en 1901 d'un lipome du cordon spermatique droit qui s'était développé en trois semaines et qui a donné une culture de Micrococcus neoformans.*

Récidive en août 1904. Traitement antinéoplasique. Opération le 30 août 1904. La tumeur primitive était un lipome à développement rapide. La tumeur récidivée présentait une transformation myxomateuse et avait envahi le cordon, de sorte qu'il fut nécessaire d'extirper le testicule.

Le 11 novembre, le malade avait reçu 15 injections.

Le 2 février, on constate un gros noyau adhérent au niveau de l'orifice externe du canal inguinal.

Le 17 février, état stationnaire du côté droit; du côté gauche un petit noyau à la partie externe du pli de l'aine.

Le 8 mars, le noyau du canal inguinal droit est enflammé et douloureux, s'agit manifestement d'une inflammation de la ligature.

Le 10 mars, il y a eu depuis le 17 février quatre injections. Le noyau droit a manifestement augmenté de volume; il est comme le pouce. A gauche, état à peu près stationnaire.

Le 25 avril, ablation de ce noyau qui est très enflammé. Ce noyau est constitué par du tissu fibreux, enkystant une petite masse de fongosités. Il n'y a aucune trace de récidive.

19 mai. — Le noyau droit enflammé a été enlevé et on a constaté à son centre le fil de la ligature du cordon. Cicatrice enfoncée et adhé-

rente dans l'aine droite. Induration à la racine des bourses. Index. A gauche, masse ganglionnaire grosse comme une amande.

M. Doyen fait observer que l'adhérence de la cicatrice a été produite par la suppuration d'un petit hématone.

3 juillet. — L'induration de la racine des bourses du côté droit a diminué d'étendue et d'épaisseur. Le ganglion de l'aine gauche présente les mêmes caractères.

Il y a bien des obscurités dans cette observation. Lipome du cordon spermatique qui récidive sous forme de myxome. Après la seconde opération, il se produit un noyau inflammatoire que l'on enlève en partie, laissant une induration qui diminue. Tout cela se passe du côté droit. Du côté gauche, il y a dans l'aine un ganglion qui persiste.

Deux points sont certains, c'est qu'il ne s'agit pas d'un cancer dans le sens ordinaire du mot et que le malade a un ganglion persistant. Comptons le cas comme stationnaire.

Obs. 14. N° 241. — *M. T..., soixante-trois ans. Cancer de la verge et des ganglions inguinaux et cruraux gauches. Cryptorchidie droite avec hernie.*

Traitement à partir du 22 septembre. Opération le 30 septembre 1904, ablation de la verge à la partie moyenne et des ganglions inguinaux et cruraux très volumineux. Les ganglions sont épithéliomateux avec transformation caséeuse.

Trois injections avant l'opération et neuf injections du 3 octobre au 8 novembre.

Le 17 février 1905, il n'y a pas de récidive.

8 *mars. — Le malade n'a reçu que deux injections depuis le 17 février, soit un total de quatorze.*

10 mars. — A gauche. Petite chaîne ganglionnaire verticale de 2 à 3 centimètres de hauteur, étroite, un peu au-dessous et en dedans de l'épine iliaque gauche inférieure, indolente, dure.

Du côté droit, une injection a donné lieu à une tuméfaction phlegmoneuse considérable, fluctuante au centre, sans grande réaction, favorisée peut-être par le contact d'un bandage inguinal. Quelques ganglions inflammatoires du groupe externe de l'aine.

L'épididyme gauche (monorchide) présente un noyau très volumineux, dur au niveau de la queue (amande).

Il s'agit d'un cancer de la verge qui a été opéré le 30 septembre 1904. Le traitement a été commencé huit jours avant l'opération. M. Doyen pense qu'il a été insuffisant. Le malade a reçu en tout quatorze injections. L'une d'elles a déterminé un gros phlegmon. Le 17 février nous notons qu'il n'a pas de récidive; le 10 mars, nous constatons une petite chaîne ganglionnaire. Il est donc en voie d'aggravation.

Obs. 15. N° 259. — *Mme R..., cinquante-huit ans. Cancer ulcéré bourgeonnant dans la région externe du sein droit, adhérent dans la profondeur. Pas d'œdème du bras. La masse bourgeonnante a le volume d'une orange et se continue avec la masse des ganglions axillaires. La peau, comme le montre la photographie, est rouge et infiltrée à une grande étendue du néoplasme. La malade dit que le Dr Tuffier la considérait comme inopérable. Elle présente un certain degré de dyspnée.*

Traitement à partir du 5 novembre 1905.

Quatre injections jusqu'au 19 novembre.

La tumeur s'est mobilisée.

Opération le 19 novembre 1904.

Le 20 janvier, bonne cicatrice; pas de ganglions.

Le 17 février, la malade a eu six nouvelles injections, elle présente un petit noyau du volume d'une petite lentille, au-dessus de la partie moyenne de la cicatrice. Matité de la partie axillaire du thorax.

La malade interrompt le traitement du 17 février au 6 avril par suite d'une bronchite.

Le 6 avril, injection interstitielle dans le noyau cutané.

19 mai. — Le petit noyau est transformé en une croûte sèche par l'injection qu'il a subie. Il a le volume d'un haricot.

En arrière, petit noyau cutané saillant, vasculaire, dimension d'une lentille, au-dessous un petit grain de millet (les deux noyaux sont au-dessus de la cicatrice). La peau de toute la région mammaire est peu mobile sur la paroi thoracique. Le grand pectoral présente une certaine induration.

La malade a eu une pleurésie grippale au mois de février. Matité très prononcée dans la partie axillaire du thorax et en arrière, sans signe stéthoscopique.

Il y a eu six injections sous-cutanées du 10 avril au 26 juin.

Le 30 mai, injection interstitielle.

30 juin. — Le noyau qui avait été le siège de la première injection est remplacé par une cicatrice lisse.

Les deux noyaux ci-dessus mentionnés ont subi une injection qui ne paraît pas avoir porté sur le noyau supérieur qui présente les mêmes caractères. Au-dessous, escarre sèche produite par l'injection.

La cicatrice paraît s'être mobilisée.

Matité thoracique persiste.

Il s'agit d'un cancer du sein ulcéré qui a été opéré le 19 novembre 1904. Le traitement a été commencé avant l'opération et continué régulièrement depuis.

Le 20 janvier, nous notons « bonne cicatrice. Pas de ganglions ». Puis bien que le traitement ait été continué, nous constatons l'apparition d'un noyau de récidive le 17 février, et de deux le 19 mai. Depuis on a fait des injections interstitielles qui ont amené le sphacèle de deux noyaux, il en reste un (nous reviendrons sur les injections interstitielles). Bien que le traitement ait été com-

mencé avant l'opération et continué après, trois noyaux de récidive se sont développés sous nos yeux. C'est donc un cas d'aggravation manifeste.

Obs. 16. N° 2265. — *Mme V..., cinquante-neuf ans. Cancer du sein droit. Se présente le 12 novembre 1904 avec un cancer du sein en masse, mobile sur la profondeur. Mamelon rétracté. Peau d'orange et teinte rosée. Traitement le 12. Opération le 16 novembre 1904.*

La rougeur a pâli. La malade avait été vue par les Drs Variot, Gallois, Blondel.

Il a été laissé, pour la nécessité de la réunion, une large bande de peau malade.

Les ganglions blanchâtres et durs s'étendent plus loin qu'il ne peut en être fait l'ablation.

La récidive est fatale à brève échéance.

Le 10 janvier, la malade a reçu seize injections.

20 janvier. — Un archipel de noyaux néoplasiques au milieu de la cicatrice.

2 février. — État stationnaire. Pas d'ulcération.

17 février. — Quatre injections depuis le 2. Les noyaux sont devenus confluents et forment une masse étendue. Une ulcération est apparue au milieu de la masse au-dessus de la cicatrice.

Nouvelles injections, dont deux interstitielles, le 27 février et le 1er mars. A cette date, les tissus s'étaient sensiblement assouplis, et la nouvelle injection, assez abondante, a déterminé un abcès sous-cutané.

On voit, d'après la photographie, que la lésion s'est beaucoup modifiée entre le 10 février et le 4 mars.

19 mai. — Deux injections interstitielles ont été faites depuis une douzaine de jours, de nouvelles indurations se sont produites à la partie supérieure et interne de la cicatrice. Le bourrelet de la cicatrice est plus rouge et plus saillant. Un noyau dur s'est produit du côté de l'aisselle. Œdème de la partie postérieure du bras et de l'aisselle. Dimensions de la plaque : 10 centimètres transversalement, 6 centimètres verticalement. Très adhérente.

Opération le 3 juin 1903, la pièce a été conservée. Il a été impossible d'enlever toute l'étendue des tissus indurés et la ligne des sutures a lâché en partie.

Cette malade est notée par M. Doyen comme ayant été suffisamment traitée. Du 2 février au 19 mai, il s'est produit chez elle une aggravation remarquablement rapide.

Obs. 17. N° 272. — *Mme C..., cinquante-huit ans. Cancer du sein gauche. Opération. — Traitement antinéoplasique.*

Début il y a dix ans après traumatisme. Tumeur bosselée, du volume d'une orange, avec adhérence à la peau, sans rétraction du mamelon.

Opération le 16 novembre 1904. Beaucoup de ganglions axillaires. Cas

grave étant donné l'extension de l'adénopathie vers le thorax. Le ganglion le plus profond a été examiné au microscope et a été reconnu cancéreux.

Traitement antinéoplasique à partir du 17 novembre 1904.

Quatorze injections le 18 janvier.

20 janvier. — Bonne cicatrice. Pas de ganglions sus-claviculaires. Œdème léger du bras et de l'avant-bras.

2 février. — Très léger œdème bras et avant-bras.

Six piqûres depuis le 2 février jusqu'au 8 mars 1905.

10 mars. — Très léger œdème du bras.

Revoir le creux sus-claviculaire.

19 mai. — Embarras dans le creux sus-claviculaire.

30 juin. — Engorgement léger sus-claviculaire. Même état que le 19 mai.

Cette malade a continué le traitement chez elle depuis le 11 avril 1905, environ une injection par semaine.

Il s'agit d'un cancer du sein à évolution lente puisqu'il avait débuté dix ans avant l'intervention et n'avait que le volume d'une orange lorsque celle-ci a été pratiquée le 16 novembre 1904.

Le traitement a été commencé le lendemain de l'opération, et continué.

Nos notes marquent bien le progrès du mal. En effet, nous notons :

Le 20 janvier « pas de ganglions sus-claviculaires ».

Le 2 février « revoir le creux sus-claviculaire ».

Le 19 mai, « embarras du creux sus-claviculaire ».

Et le 30 juin « engorgement léger sus-claviculaire ». C'est donc encore un cas qui s'aggrave pendant le traitement.

OBS. 18. N° 275. — *Mme G..., soixante-trois ans, est atteinte d'un cancer énorme du sein gauche avec beaucoup de noyaux cutanés s'étendant en arrière et au-dessous de l'aisselle. Peau rouge, violacée, tendue.*

Traitement le 25 novembre. Amélioration le 2 décembre au point de vue de la mobilisation du néoplasme.

Malade vue avant le traitement par M. Metchnikoff.

Opération le 27 décembre 1904. L'intervention est incomplète et il est nécessaire de laisser nombre de noyaux cutanés qui pourront être enlevés plus tard. Il existait une plaque cancéreuse à la face interne du bras qui fut partiellement extirpée.

La tumeur avait envahi en avant le muscle grand pectoral, en arrière une partie du sous-scapulaire et une grande étendue du grand dorsal. La récidive paraît donc fatale à brève échéance et l'opération est manifestement incomplète, puisque non seulement dans la profondeur, mais aussi dans la peau du thorax et dans la peau du bras, il reste des noyaux cancéreux. La plus grande partie de la peau du bras, inoculée par le contact avec la tumeur ulcérée, a été enlevée pour l'examen microscopique et a démontré la migration des cellules primitives du sein, au travers de

épiderme et du derme de la peau du bras, comme s'il s'agissait de cellules lymphatiques.

Le 18 janvier 1905, la malade a reçu dix-huit injections.

Depuis le 18 janvier elle a été traitée à son domicile.

Le 4 mars, aucune récidive au bras. Etat satisfaisant de la cicatrice. Semis rouge superficiel et en plaque au-dessous. Injection interstitielle dans plusieurs des noyaux qui avaient été laissés au moment de l'opération.

10 mars. — Au-dessus de la cicatrice, quatre noyaux assez volumineux de 2 à 3 centimètres de diamètre sans beaucoup d'induration, colorés, dont deux ont subi des injections interstitielles.

Au-dessous un petit archipel d'indurations confinant à un point non cicatrisé de l'incision (bourgeons sans caractères précis). Au-dessous de la cicatrice jusqu'à la ligne horizontale de l'ombilic semis de granulations dures, confluentes à la partie inférieure, du volume d'une tête d'épingle à un pois, indurées et rouges. Trois nodosités plus considérables présentent des escarres centrales dues à des injections interstitielles. Des nodosités semblables s'observent jusqu'au delà de la partie postérieure de l'incision à la région sous-scapulaire, présentant tout à fait en arrière une forme lymphangitique irradiée vers la région vertébrale. Œdème considérable du bras, de l'avant-bras et de la main. Cicatrice de 8 centimètres de long à la région bicipitale entourée de quelques petites granulations dures dont une très manifeste en haut et en dedans de la cicatrice. D'autres à la partie inférieure disposée en corymbe. Dans la région de la gouttière de torsion un groupe de nodosités plutôt sous-cutanées que cutanées avec un peu de rougeur de la peau. Quelques autres disséminées à la partie postérieure du bras. Quelques petits ganglions sus-claviculaires du côté gauche.

Pas de matité.

Côté droit. — Mamelon rétracté, au-dessous duquel une nodosité cutanée grosse comme un pois. Quelques rougeurs avec induration légère de la peau vers la région interne. En dehors, trois petites granulations indurées et quelques rougeurs semblables à celles du côté interne. Quelques ganglions très petits dans la partie inférieure de la région axillaire, dont un gros comme un haricot.

A quitté Paris aussitôt après cet examen.

Morte en province dans le milieu de juin par suite de généralisation. Ce cas était exceptionnellement grave et la malade est restée trop peu de temps à la clinique.

Ce cas était incontestablement grave. M. Doyen juge que la malade n'a pas été suffisamment traitée. Or, elle a reçu dix-huit injections, du 25 novembre 1904 au 18 janvier 1905. L'opération a été pratiquée le 27 décembre 1904. Depuis le 28 janvier, elle a été traitée à son domicile, et, le 4 mars, on lui a fait plusieurs injections interstitielles. Nous la voyons le 18 mars dans un état lamentable, et elle succombe au milieu de juin, moins de six mois après l'opération. C'est une marche très rapide.

Obs. 19. N° 295. — *Mme M..., cinquante-quatre ans, cancer du sein droit. Début il y a trois mois sans cause apparente. Rétraction légère du mamelon qui cependant n'adhère pas intimement à la tumeur. Celle-ci siège au dessus et en dehors où elle adhère à la peau qui a pris le caractère de peau d'orange sur une étendue de 5 centimètres de diamètre. Ganglion sus-claviculaire ou plutôt empâtement en dehors.*

Traitement à partir du 15 janvier 1903.

Le 18 janvier le volume total de la tumeur en est réduit d'un tiers (Voir les photographies).

20 janvier. — Reste une grosse tumeur.

Les photographies du 13 janvier et du 28 février 1905 montrent la régression de la tumeur sous l'influence du traitement.

Opération le 28 février sur la demande de la malade. Ablation de trois ganglions axillaires du volume d'un pois. Une grande partie de la glande mammaire a été laissée.

M. Doyen a revu la malade le 13 juin. La cicatrice est souple, mais assez large en raison d'une désunion partielle.

Cette malade n'a été vue par nous qu'une seule fois, le 20 janvier. Elle a été opérée le 28 février sans que nous l'ayons revue, et, depuis, elle ne nous a pas été représentée. C'est donc une observation inutilisable.

Obs. 20. N° 305. — *Mme L..., soixante-six ans.*

2 février. — Néoplasme du sein gauche de la dimension d'une petite mandarine avec début d'adhérence à la peau et début de rétraction du mamelon. Présence d'un ganglion dans le creux axillaire gauche. Commencement d'adhérence au grand pectoral. Aucun traitement n'a été commencé.

17 février. — Quatre injections depuis le 2 février. État stationnaire. Les adhérences profondes paraissent plus étendues. La contraction du grand pectoral relève notablement la tumeur.

M. Doyen fait observer qu'au contraire il considère que le néoplasme a sensiblement diminué de volume.

La malade est opérée le 28 février sur sa demande.

La comparaison des clichés du 10 et du 28 février montre la diminution de la tumeur en dix-huit jours.

19 mai. — Pas de ganglions axillaires.

Epaississement adhérent au grand pectoral au niveau de la cicatrice dans la région du mamelon. La mamelle n'a pas été enlevée en totalité.

M. Doyen fait observer que l'adhérence de la cicatrice au pectoral doit être attribuée à la suppuration d'un petit hématome. Le mamelon et les trois quarts de la glande mammaire ont été conservés. Le mamelon est déprimé en raison de la perte de substance sous-jacente faite lors de l'opération.

30 juin. Même état.

Cette malade est la seule au sujet de laquelle il se soit produit,

au cours de nos séances, une divergence d'interprétation entre M. Doyen et la Commission.

Le 17 février, la malade ayant reçu quatre injections, nous notons un état stationnaire avec augmentation des adhérences. M. Doyen, en s'appuyant sur des lignes qu'il a dessinées sur la peau, affirme que la tumeur a diminué. M. le professeur Berger, au nom de la Commission, lui fait remarquer que quand, pour y tracer une ligne, on amène la peau au contact d'une tumeur qui en est plus ou moins éloignée et dont la forme ne correspond pas à celle de la région, on peut, de la meilleure foi du monde, commettre de grosses erreurs. Il montre que dans ce cas s'il avait dû, lui, Berger, dessiner sur la peau des lignes correspondant aux limites de la tumeur, il ne les aurait pas placées là où M. Doyen les a tracées. Il insiste sur ceci que cette manière de procéder, qui peut rendre des services en clinique, n'est pas acceptée pour mesurer les dimensions d'un néoplasme du sein; que le seul procédé chirurgical, quand il s'agit de cet organe, est de saisir la tumeur à pleine main et d'en apprécier ainsi le volume; que ce procédé, pour grossier et approximatif qu'il soit, n'en donne pas moins des résultats entre des mains exercées et que d'ailleurs, dans le cas actuel, les adhérences profondes sont plus étendues, ce qui indique une aggravation bien plus sûrement que les modifications de volume.

La malade a été opérée le 28 février. On a enlevé la tumeur en laissant une partie du sein.

Le 19 mai, nous constatons qu'il existe au niveau de la cicatrice un épaississement adhérent au grand pectoral, et cet épaississement persiste le 30 juin. C'est donc encore un cas que nous ne pouvons considérer comme favorable à la méthode.

Obs. 21, p. 90 du cahier de M. Doyen. — *Mme X..., soixante-huit ans. Cancer des deux seins; a été traitée par un emplâtre caustique. A gauche il y a au-dessus du mamelon une tumeur mobile du volume d'une mandarine.*

A droite une grosse masse rouge, ulcérée et fixée dans la profondeur. Pas d'œdème du bras. Ganglions axillaires et sus-claviculaires,

20 janvier. — A reçu trois injections. Un ganglion sus-claviculaire probable à gauche.

9 *mars. — Cette malade n'a pas suivi régulièrement le traitement et n'a eu depuis le* 20 *janvier que six injections.*

Il y a eu en tout neuf piqûres du 11 *janvier au* 20 *février. Le traitement qui a été commencé en pleine généralisation a été sans action. La malade n'a pas été revue depuis le* 20 *février. On a pu savoir que son état s'était rapidement aggravé.*

C'est une des deux observations que M. Doyen avait retranchées pour insuffisance de traitement. La malade a reçu neuf injections,

du 11 janvier au 20 février. Son état s'est ensuite rapidement aggravé.

Quand nous l'avons vue le 20 janvier, le sein droit, détruit par un emplâtre caustique, était remplacé par une ulcération adhérente, et il existait dans le sein gauche une tumeur du volume d'une mandarine; mais il n'y avait pas d'œdème du bras; nous avions noté seulement un ganglion sus-claviculaire probable à gauche, et rien ne pouvait faire prévoir une évolution aussi rapide.

Obs. 22, p. 34 *du cahier. — Cancer du sein gauche récidivé. Traitement antinéoplasique.*

Mlle L..., trente-sept ans, a été opérée il y a dix-huit mois par le Dr Reynier à Lariboisière. Récidive deux mois après. Actuellement sur la cicatrice, tumeur rougeâtre et violacée. La cicatrice est dure et adhérente.

20 *janvier.* — A reçu six injections du 31 décembre au 17 janvier. Enorme récidive. Large ulcération sur le sternum. La récidive cutanée dépasse la ligne médiane. Tout le sein droit est envahi en masse. Ganglions dans l'aisselle droite et dans le creux sus-claviculaire. Léger œdème de tout le membre supérieur.

2 *février.* — Ulcération médiane agrandie. Une nouvelle ulcération sur la cicatrice gauche. Le sein droit est moins tendu.

9 *mars. — A interrompu le traitement le* 31 *janvier. Il y avait déjà un début de cachexie cancéreuse. Cette malade qui était en pleine généralisation a été traitée trop tard. Son état a rapidement empiré au courant de mars.*

Cette malade était dans un état lamentable. Elle a reçu six injections du 31 décembre au 21 janvier. Son état s'est rapidement aggravé.

Dans cette série de douze cas, qui comprend les tumeurs initiales traitées par la sérothérapie combinée avec une opération, nous trouvons :

Une observation inutilisable.
Deux cas stationnaires.
Neuf aggravations dont une particulièrement rapide.
Pas d'amélioration.

GROUPE II

Série B. — **Récidives traitées par la sérothérapie combinée avec une nouvelle opération.**

Obs. 23. No 59. — *M. B..., trente-sept ans. A subi, du* 1er *mai* 1900 *au* 15 *juillet, trois interventions pour cancer du testicule; incision explora-*

trice le 1er mai. Castration le 12 juin. Incision d'un foyer de récidive avec suppuration le 15 juillet 1900.

Il a été soigné par les Drs Nélaton et Tapret. A la fin de décembre, le malade présente, dans les bourses et dans le pli de l'aine, une tumeur récidivée du volume de la tête, envahissant le canal inguinal et pénétrant dans la profondeur. Le cas paraît sans espoir. L'opération est faite le 2 janvier 1901 sur les instances du Dr Tapret.

Le 18 février, ablation de la cicatrice où existait un noyau de récidive de la grosseur d'une noisette.

Étant donnée la gravité exceptionnelle de ce cas, on tente, avec l'assentiment du malade, les premières injections de vaccin antinéoplasique.

Le malade a reçu vingt-cinq injections en six mois.

Le 20 juin 1905, c'est-à-dire quatre ans et demi après l'opération, il n'y a aucune trace de récidive.

17 février. Pas de récidive.

30 juin. Complètement indemne.

En 1900, ce malade a subi trois opérations consécutives pour une affection du testicule; ponction exploratrice le premier mai. Castration le 12 juin faite par M. Nélaton qui a trouvé au centre du testicule une cuillerée de pus. M. Nélaton a incisé un noyau avec suppuration le 15 juillet.

M. Doyen l'opère d'une récidive volumineuse le 2 janvier 1901. Il enlève un noyau dans la cicatrice le 18 février de la même année.

Depuis le malade est resté sans récidive. On lui a fait vingt-cinq injections en six mois.

Dans le volume de M. Doyen sur l'étiologie et le traitement du cancer, ce cas est étiqueté lymphosarcome malin.

OBS. 24. No 254. — *Mme G..., trente-huit ans. Cancer du sein droit. Opérée la première fois le 21 mai 1904 par le Dr Routier.*

Deuxième opération pour récidive le 8 octobre 1904.

Traitement le 29 octobre 1904. Neuf injections jusqu'au 30 novembre.

Opération le 3 décembre. La plus grande partie du sein et le mamelon avaient été laissés. Tout le bord du pectoral est envahi profondément et il y a des noyaux de récidive dans le sein, dans l'aisselle et tout le long de l'ancienne cicatrice.

L'artère et la veine axillaires, entièrement englobées par la masse cancéreuse, se trouvent blessées et liées toutes deux en amont et en aval. Il est laissé beaucoup de tissu cancéreux autour des troncs nerveux dans la profondeur de l'aisselle.

Mauvais cas.

20 janvier. — Un très petit ganglion sur le scalène droit.

La malade a reçu 7 injections seulement en sept semaines.

9 *mars* 1905. — *Il a été fait plusieurs injections interstitielles au voisinage de l'aisselle, à l'endroit où il avait été laissé une grande quantité de*

tissu suspect et où s'est manifestée une plaque de récidive fixée dans la profondeur.

La malade part en province et se cachectise rapidement.

Je dois faire observer que le cas a été traité insuffisamment et en plein début de généralisation. Il ne peut en être tiré aucune conclusion au sujet de l'efficacité du traitement.

Cette malade est considérée comme insuffisamment traitée. Elle a reçu seize injections et on lui a fait encore en mars des injections interstitielles. Elle s'est rapidement cachectisée.

Obs. 25. N° 273. — *Mme H..., quarante-deux ans. Cancer du sein gauche récidivé.*

Traitement antinéoplasique le 20 novembre 1904.

Opération le 5 janvier 1905.

Cette malade a été opérée il y a quinze mois par M. Tuffier. Cicatrice rouge et adhérente, récidive immobile, du volume d'une mandarine, recouverte d'un épiderme rouge et aminci, ganglion sus-claviculaire.

Traitement à partir du 21 novembre 1904.

Le 8 décembre, diminution et mobilisation de la masse. La malade, qui s'était plainte de dyspnée, respire mieux et dit que les mouvements du bras sont plus libres.

Opération le 5 janvier, devant deux médecins de l'hôpital des cancéreux de Londres. Le pectoral envahi est réséqué. Ablation des ganglions axillaires. Il existe au fond de l'aisselle un noyau cancéreux. Ce noyau est presque totalement abandonné dans la plaie.

La récidive est donc certaine à brève échéance.

17 février. — Un petit ganglion dur et arrondi dans le creux sus-claviculaire. Au-dessus de la cicatrice axillaire, au-dessous du bord du grand pectoral, un petit noyau dur qui peut être cicatriciel.

9 mars. — Six piqûres depuis le 17 février.

10 mars 1905. — Même ganglion sus-claviculaire. Induration douteuse, peut-être cicatricielle, dans la partie externe du grand pectoral.

Il existe un certain bombement faisant disparaître le creux inter-pectoro-deltoïdien et le creux sous-claviculaire.

9 juin. — Ganglions sus-claviculaires et œdème de la région sus-claviculaire.

Masse sous-claviculaire adhérente, dure, en forme de disque. Aucune sensation de tumeur dans l'aisselle même.

Au niveau du bord gauche du sternum et des cartilages costaux, tuméfaction diffuse.

Léger œdème du bras au-dessus du coude.

30 juin. — Ganglion et petite pléiade sus-claviculaire.

Plaque sous-claviculaire de 5 centimètres de diamètre, indurée, adhérente.

Dans l'aisselle, un petit ganglion incontestable et peut-être une petite chaîne.

L'incision pratiquée au niveau de la saillie sternale a laissé une indu-

ration de nature douteuse, peut-être due à la saillie d'un cartilage costal.

M. Doyen fait observer que ce cas était très défavorable et que le traitement n'a pas été suivi aussi régulièrement qu'il aurait pu le désirer, la malade ne résidant pas à la clinique.

Ce cas est noté par M. Doyen comme ayant été suffisamment traité. L'aggravation est rapide.

OBS. 26. N° 276. — *Mme R..., quarante-quatre ans, cancer du sein gauche, opérée le 23 avril 1901 par le Dr Bazy.*

Récidive le long et autour de la cicatrice sous forme de volumineux noyaux cutanés saillants et rougeâtres. Il y a des ganglions axillaires à droite où le sein n'est pas cancéreux.

Ganglions sus-claviculaires gauches. Dyspnée.

Traitement le 26 novembre 1904.

Le 15 décembre 1904, les noyaux ont pâli. Le 17 janvier, affaissement de la masse néoplasique. La malade a déjà reçu à cette date treize injections.

20 janvier. — Grosse récidive cutanée et sous-cutanée. Noyaux irréguliers. Paquet ganglionnaire dans l'aisselle droite. Un ganglion sus-claviculaire mobile. Œdème notable du bras, de l'avant-bras et de la main.

Opération le 26 janvier. La réunion est difficile en raison de l'extension des lésions en surface et de la brièveté des téguments conservés à la première opération.

10 mars. — La malade a été opérée le 26 janvier 1905.

Paquet ganglionnaire dans l'aisselle droite.

Rougeur diffuse d'aspect lymphangitique.

Œdème du bras.

30 juin. — A eu depuis le 10 mars deux érisypèles du bras. En avait eu autrefois sept à la face.

Engorgement sus-claviculaire notable. Masse sus-claviculaire et axillaire supérieure considérable et adhérente profondément.

Œdème notable du bras et de l'avant-bras.

Au-dessous de la cicatrice, tumeur adhérente à la paroi thoracique. Noyau cutané néoplasique à distance dans le dos.

Du côté droit petit noyau cutané sur le sein. Gros engorgement ganglionnaire mobile dans l'aisselle droite.

M. Doyen fait observer que cette malade aurait dû être traitée très régulièrement, tandis qu'elle a interrompu complètement les injections depuis le 25 février. Il est donc impossible de se baser sur ce cas pour juger le traitement.

Cette malade est considérée par M. Doyen comme insuffisament traitée. Elle avait reçu treize injections avant le 20 janvier 1905. Elle a été réopérée le 26 janvier et a reçu ensuite cinq nouvelles injections. Soit en tout dix-huit injections.

Même en tenant compte des érysipèles dont elle a été atteinte, on ne peut nier que l'aggravation du néoplasme soit rapide.

Dans cette série de néoplasmes récidivés traités par la sérothérapie combinée avec une nouvelle opération, nous trouvons :

Un lymphosarcome du testicule sans récidive depuis quatre ans et demi.
Trois aggravations rapides.
Pas d'améliorations.

Vous vous rappelez qu'il a été fait à plusieurs malades des injections interstitielles. Voici en quoi elles consistent. M. Doyen fait dans l'épaisseur des noyaux superficiels des injections de son sérum sous forte pression, de façon à faire pâlir complètement les tissus. A la suite de ces injections, le noyau se sphacèle et s'élimine sous forme d'une escarre sèche. C'est un résultat qu'on pourrait obtenir avec n'importe quel liquide. On observe même parfois ce sphacèle par distension, à la suite d'injections hypodermiques maladroitement faites. Le mode d'action de ces injections interstitielles dans les noyaux néoplasiques est à rapprocher de celui des caustiques ; il n'a rien à voir avec la sérothérapie.

Avant d'envisager les résultats d'ensemble, nous devons vous faire remarquer que cinq mois et demi, c'est une période relativement courte dans l'évolution d'un cancer. Il est beaucoup de tumeurs qui, abandonnées à leur évolution, ne présentent pendant ce laps de temps aucune aggravation appréciable. Malheureusement les circonstances ont fait que nous en avons vu plusieurs s'aggraver et même fort vite.

Mais si l'on pouvait craindre qu'une période de cinq mois et demi ne fût pas suffisante pour juger des aggravations, cette période devait largement suffire pour constater les améliorations. En effet, M. Doyen nous a parlé de transformations rapides. Il a insisté dans sa communication sur les cas « où le néoplasme, très étendu et cliniquement inopérable, a subi sous l'influence du traitement, en moins de trois semaines, des modifications favorables suffisantes pour permettre l'opération ».

Nous n'avons observé aucune modification de ce genre et nous en avons été surpris, car les améliorations apparentes qui consistent en diminution avec assouplissement du néoplasme, on peut les obtenir, comme Tuffier l'a fait très justement remarquer, avec n'importe quel sérum, on peut les obtenir avec les injections de quinine.

Mais ces améliorations sont apparentes, elles sont illusoires ;

elles ne sont pas de l'ordre des guérisons. Nous voulons dire par là que poussées à leur limite extrême, elles n'aboutiraient pas encore à la guérison, parce qu'elles portent, non sur les éléments cancéreux eux-mêmes, mais sur la réaction congestive, quasi inflammatoire, qui se forme autour d'eux.

Nous n'insisterons pas sur ce point, car il est inutile de chercher quelle aurait pu être la nature d'améliorations que nous n'avons pas vu se produire.

Cependant nous devons dire un mot de la question d'opérabilité qui est du même ordre, car elle est devenue le point culminant de la méthode de M. Doyen. En effet, il y a deux conclusions à la communication qu'il nous a faite ici. L'une a trait à la présence du Micrococcus neoformans dans les cancers, nous la laissons de côté; l'autre est ainsi formulée : « Le traitement anticancéreux, tel que le pratique M. Doyen, détermine habituellement en deux ou trois semaines, dans les néoplasmes malins, des modifications favorables, susceptibles de réduire leur volume, de les mobiliser et de rendre opérables des tumeurs qui étaient inopérables avant le commencement du traitement. »

Cette question d'opérabilité prête à une confusion fâcheuse.

Quand on dit cliniquement qu'une tumeur est inopérable, cela ne veut pas dire habituellement qu'il soit matériellement impossible de l'enlever; cela ne veut même pas dire, dans la majorité des cas, qu'on ne pourrait l'enlever sans faire courir de grands risques au malade; cela veut dire seulement que l'opération ne pourrait empêcher la continuation du mal, qu'elle ne serait d'aucun avantage pour le malade.

Or, l'extension d'un cancer, nous parlons de l'extension locale, et non de celle qui se fait à distance par la voie lymphatique, l'extension locale d'un cancer se fait d'abord par cette sorte de fibrolipomatose d'ordre réactionnel dont nous venons de parler. C'est elle qui produit les premières adhérences. Il est facile de le constater dans les cancers du sein où la peau adhère avant d'être envahie pour son propre compte.

Si on agit sur cette fibrolipomatose, sur l'élément congestif, et on peut le faire dans certains cas par la simple compression, on rend la tumeur plus souple, plus mobile, mais la rend-t-on plus opérable? Augmente-t-on les chances de guérison que donne l'opération? En aucune façon.

Bien au contraire, il nous semble que trompé par cette mobilisation relative, on pourrait être conduit à faire des opérations moins étendues, plus parcimonieuses, ou des opérations inutiles. Dans les deux cas, les malades y perdraient.

Aussi nous semble-t-il qu'attendre plusieurs semaines dans l'es-

poir qu'un traitement quelconque diminuera les adhérences d'une tumeur qui est sur les limites de l'opérabilité, ce n'est pas rendre service aux malades.

Et nous devons rappeler que nous avons observé un cancer du sein qui était opérable dans le sens clinique du mot, lorsque nous l'avons vu pour la première fois le 17 février et qui ne l'était plus le 19 mai après avoir reçu quinze injections.

Il ne nous reste qu'à résumer l'ensemble des cas que nous avons observés.

Ils sont au nombre de 26.

3 sont inutilisables. Un (obs. 19), parce que nous n'avons pas revu la malade depuis qu'elle a été opérée, deux (obs. 2 et 7) parce que nous ne les avons pas suivis. Ces deux malades sont d'ailleurs dans un état grave.

1 cas sans récidive après quatre ans et demi (Lymphosarcome du testicule).

2 cas stationnaires. Une malade (obs. 11) a été opérée d'un cancer du sein le 16 mars 1904. Elle présente un ganglion cervical qui a été constaté pour la première fois le 20 janvier 1905. La nature de ce ganglion situé en haut dans le cou est incertaine en raison même de son siège lointain. Nous ne pouvons que répéter à son propos ce que nous avons dit du cas 4. Si ce ganglion est néoplasique, c'est une aggravation puisqu'il s'est développé malgré un traitement jugé suffisant par M. Doyen. S'il n'est pas néoplasique, ce qui est possible, c'est tout simplement une absence de récidive quinze mois et demi après une opération. En comptant ce cas comme stationnaire, nous adoptons l'interprétation la plus favorable au traitement.

Il en est de même pour ce cas obscur de lipome, récidivé sous forme de myxome et compliqué d'accidents inflammatoires. Tout cela se passait à droite. Le malade a actuellement un ganglion du côté gauche.

20 aggravations incontestables, dont quelques-unes très rapides.

Cette statistique comprend tous les cas que nous avons observés à la clinique particulière de M. Doyen. C'est à notre avis la bonne.

Si on entre dans la voie des éliminations, on s'expose à plier les faits à son désir au lieu de s'incliner devant eux.

Je vous ai dit que M. Doyen considérait sept malades comme ayant été insuffisamment traitées ; ce sont les cas 3, 6, 12, 14, 18, 24 et 26. Or, de ces malades, une a reçu quatorze injections, deux en ont reçu quinze, une en a reçu dix-huit, une autre en a reçu

certainement plus de dix-huit et une enfin en a reçu quarante-quatre.

Il est assez difficile de se rendre compte de l'idée que se fait actuellement M. Doyen de son traitement anticancéreux. Il estime que certains malades auraient dû recevoir soixante à quatre-vingts injections. Or, chaque injection étant de 5 à 7 centimètres cubes, on arrtve à des doses auxquelles les sérothérapies dont l'efficacité est reconnue ne nous ont pas habitué.

Et quand on cherche les raisons des éliminations faites par M. Doyen, on éprouve de grandes surprises et un extrême embarras. En effet, les malades qu'il considère comme insuffisamment traitées, ont toutes reçu au moins quatorze injections, tandis que parmi celles qu'il déclare suffisamment traitées, une n'en a reçu que treize (obs. 1) et une autre douze (obs. 2).

Nous admettons bien volontiers que la dose doive être proportionnée à la gravité des cas, comme le dit M. Doyen; mais quand on voit éliminer pour insuffisance de traitement une malade qui a reçu quarante-quatre injections (obs. 6), conserver une autre malade qui n'en a reçu que douze, quand on songe que pour déterminer ces doses, M. Doyen ne peut en être qu'à la période de tâtonnements, on est conduit à se demander si, pour juger de l'insuffisance du traitement, il a d'autres éléments que l'insuffisance du résultat.

D'ailleurs, Messieurs, nous ne voulons pas discuter sur le plus ou moins de légitimité des éliminations proposées par M. Doyen. Qu'on élimine tout ce qu'on voudra de la statistique dont je vous ai donné connaissance, il n'en restera pas moins ce fait fondamental que pendant les cinq mois où nous avons examiné tous les malades que M. Doyen a voulu nous montrer, nous n'avons pas vu une seule amélioration. Aussi nous semble-t-il que M. Doyen a été victime des illusions qui entraînent si facilement les inventeurs à confondre leurs espérances avec la réalité, et nous concluons à l'unanimité :

Rien de ce que votre Commission a observé ne permet de penser que le traitement de M. Doyen ait une action favorable sur le cancer.

Nous vous proposons, Messieurs, de conserver dans nos archives le texte de la communication de M. Doyen et de lui adresser nos remerciements pour l'obligeance qu'il a mise à faciliter notre étude.

M. Pierre Delbet. — Je vous ai dit, Messieurs, au cours de mon rapport, que j'avais des observations personnelles de malades

soignés par le sérum de M. Doyen. Je n'ai pas le droit de les passer sous silence, car j'aurais l'air de les dissimuler.

L'une de mes malades a été soignée pour une récidive de cancer du sein à la polyclinique Henri de Rothschild. Voici l'observation telle qu'elle m'a été remise par le Dr Brunier, assistant de cette polyclinique.

Obs. I. — *Néoplasme du sein gauche. Ablation du sein, extirpation des ganglions axillaires. Récidive traitée sans succès par le sérum du Dr Doyen. Apparition ultérieure de noyaux néoplasiques dans le sein droit non opéré.*

Germaine D..., âgée de trente-neuf ans, atteinte de néoplasme du sein gauche, dont le début remontait à trois ans, a été opérée le 8 *février* 1904 à la polyclinique Henri de Rothschild, par le Dr Delbet.

L'ablation totale du sein a été accompagnée de l'extirpation des ganglions déjà indurés de l'aisselle.

Le 1er *septembre* 1904, sept mois environ après l'intervention chirurgicale, la malade est revue à la consultation; elle se plaint de tiraillements dans la cicatrice et d'élancements intermittents.

A l'examen, on constate dans la partie médiane de la cicatrice et dans son épaisseur deux petites indurations de la grosseur d'un pois, et au-dessous trois petits noyaux de même volume, très durs, mobiles sous la peau et indolores à la pression; rien d'anormal dans l'aisselle.

Le 17 *septembre*, les noyaux récidivants, qui sont nettement néoplasiques, paraissent augmenter de volume; la malade est hospitalisée à nouveau pour être traitée régulièrement par le sérum du Dr Doyen.

On a fait deux séries de onze et de neuf injections séparées par un intervalle de quinze et vingt jours de repos. A chaque injection pratiquée tous les deux jours, 5 à 7 centimètres cubes environ de sérum étaient injectés sous la peau.

On n'a constaté aucune éruption quelconque. Les premières injections ont paru être suivies d'une amélioration notable de l'état général : l'appétit est revenu, les nuits sont meilleures.

Ainsi après la cinquième injection, le poids de **40 kil. 300** à l'entrée est passée à 41 kil. 400. Mais cette amélioration ne s'est pas maintenue : l'anorexie a reparu; en même temps survient une poussée fébrile vespérale, irrégulière, qui atteint 38 degrés, et le poids tombe à **38 kil. 260** quand la première série d'injections est terminée, soit une diminution de près de **2 kilogrammes** depuis le poids initial.

Quant aux modifications locales dans les noyaux récidivants, elles sont nulles; toutefois leur volume n'a pas augmenté et ils sont toujours mobiles et indolores.

Après un repos d'une vingtaine de jours on entreprend une deuxième série d'injections.

Comme après la première, on ne constate aucune amélioration de l'état général; l'inappétence et les insomnies persistent, le poids reste stationnaire avec une tendance à la diminution.

Mais les noyaux situés dans l'épaisseur de la cicatrice deviennent

plus volumineux, celle-ci devient saillante et rougit à leur niveau. Deux des noyaux situés au-dessous, ayant augmenté de volume, se sont réunis et l'on sent à la palpation une induration étalée un peu moins large qu'une pièce de 50 centimes, mobile sous la peau et indolore à la pression.

La deuxième série d'injections a été terminée le 6 *décembre*; la malade reste encore en observation pendant trois semaines. Mais, d'une part, l'état général ne s'améliorant pas (bien au contraire, la pesée hebdomadaire indique une diminution progressive de plus de 4 *kilogrammes* depuis le premier jour) et, d'autre part, les noyaux néoplasiques prenant peu à peu de l'extension, on renonce en présence de l'inefficacité du sérum de Doyen à entreprendre une troisième série d'injections et on a recours, dans l'intérêt de la malade, à l'intervention chirurgicale.

Celle-ci est faite le 14 janvier 1905 à l'hôpital Laënnec dans le service du Dr Delbet.

Le 6 *avril* 1905, la malade revient consulter, elle se plaint d'élancements dans le sein droit du côté non opéré; on y constate deux indurations moins grosses qu'un pois, mobiles, indolores à la pression et nettement néoplasiques.

Les deux autres malades ont été soignées dans mon service de l'hôpital Laënnec.

Obs. II. — Mme B. G..., âgée de trente-sept ans, est entrée à l'hôpital Laënnec le 24 janvier 1905.

Il y a dix-huit mois, elle s'est heurté le sein contre un meuble. Ce choc a déterminé une violente douleur qui a duré deux jours. Cinq ou six mois après, la malade a ressenti une nuit quelques élancements et elle a constaté la présence d'un noyau induré. Depuis, elle a éprouvé de légères douleurs qu'elle compare à des piqûres.

Depuis octobre 1904, la tumeur est devenue apparente et la peau a pris à son centre une teinte violacée.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constate que le mamelon est légèrement rétracté. Au-dessus et en dehors de ce dernier, il existe une tumeur irrégulière qui paraît formée de trois lobules cohérents. En raison de son irrégularité, il est difficile d'apprécier son volume, qui n'est certainement pas supérieur à celui d'une mandarine. Au centre de la tumeur, la peau est envahie et présente une couleur violacée lie de vin; en dehors existe une zone adhérente, plus en dehors encore se trouve une troisième zone excentrique qui présente les caractères de la peau d'orange.

Les limites de la zone envahie et de la zone adhérente sont très nettement marquées par un léger bourrelet. Le 7 février on a fait un dessin de la partie envahie et on a pris exactement ses dimensions. Les diamètres mesurés étaient de 12, 20 et 21 millimètres.

La tumeur était mobile sur les parties profondes la contraction du sein ne modifiait pas cette mobilité.

Il n'y avait pas de ganglions perceptibles, ni dans l'aisselle, ni dans le creux sus-claviculaire.

Le traitement de M. Doyen a été commencé le 1er février et régulièrement poursuivi suivant les indications qui nous avaient été données.

La première injection, faite au voisinage du sein, a été extrêmement douloureuse. La seconde, faite dans la fesse, a empêché la malade de se lever pendant trois jours. Les autres n'ont déterminé que de légères douleurs.

Les deux premières n'ont amené aucune élévation thermique. A partir de la troisième la température s'est élevée et elle est restée au-dessus de 38 degrés pendant presque toute la durée du traitement. Les maxima ont été de 38°8.

La neuvième injection a été faite le 20 février. Pendant la durée du traitement, la tumeur s'était incontestablement aggravée. L'extension de la zone d'envahissement cutané était évidente. Les mensurations des mêmes diamètres, très soigneusement faites le 21 février, ont donné 13, 23, 24 millimètres.

En présence de cette aggravation notable pour une période de quinze jours, je ne me suis pas cru autorisé à faire une seconde série d'injections.

J'ai pratiqué l'amputation du sein avec évidement de l'aisselle le 1er mars. La malade est sortie guérie le 19 et je ne l'ai pas revue depuis.

C'est donc un cas d'aggravation rapide pendant le traitement.

Obs. III. — Mme D. G..., âgée de soixante-sept ans, est entrée à la salle Chassaigne le 5 février 1905.

Il y a trois ans qu'elle avait remarqué une petite tuméfaction à la partie supérieure du sein droit. Depuis un an et demi, la tumeur s'est ulcérée et l'ulcération a atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs. Cette ulcération repose sur une tumeur peu saillante mais complètement adhérente, dans la profondeur, du grand pectoral.

Il y a un ganglion perceptible dans l'aisselle; rien dans le creux sus-claviculaire.

Le traitement de M. Doyen a été commencé le 5 février. La température a commencé à s'élever après la quatrième injection. Les élévations ont été peu considérables : le thermomètre n'a atteint que deux fois 38°5.

Huit injections ont été faites du 5 au 22 février sans qu'il se soit produit de modifications appréciables dans la tumeur. J'aurais peut-être poursuivi l'essai, mais la malade s'y est refusée. Les injections déterminaient chez elle un tel état de fatigue et de malaise, qu'elle n'a pas voulu se laisser faire la neuvième.

Une bronchite légère a retardé l'opération que j'ai pratiquée seulement le 22 mars. La malade est sortie quinze jours après.

Tels sont, Messieurs, ces trois faits : un cas stationnaire pendant un mois, deux aggravations manifestes.

Présentations de malades.

Sur une forme rare d'évolution de l'épithélioma lingual.

M. PIERRE SEBILEAU. — C'est au nom de mon ami le Dr PAUTRIER, chef de laboratoire de mon service, et au mien, que je vous fais la communication suivante :

On n'a peut-être pas oublié la présentation d'un cas curieux de tumeur linguale, que nous fîmes à la Société de chirurgie, à la séance du 8 février 1905, cas qui donna lieu à un échange de vues intéressantes. Il s'agissait, nous le rappelons, d'un homme de quarante-sept ans qui présentait, sur toute la moitié gauche de la langue, dans le tiers moyen de cet organe, une tumeur volumineuse, mesurant 3 centimètres de long sur 2 de large, et 1 de hauteur, à surface irrégulière, végétante, bosselée, implantée sur la surface dorsale de la langue par un pédicule un peu plus étroit que la surface d'expansion de la tumeur. Cette tumeur avait une couleur rosée, mais était recouverte par places d'un enduit blanchâtre, adhérent, de consistance cornée. Elle était dure et résistante au toucher ; si l'on palpait la langue dans son épaisseur, dans la partie sous-jacente à la tumeur, on ne sentait aucun noyau d'induration profonde ; la masse végétante semblait s'être développée uniquement à l'extérieur, en surface.

Au point de vue ganglionnaire, on ne trouvait, par une palpation très attentive, qu'un tout petit ganglion de chaque côté, près de l'angle du maxillaire, non douloureux, facilement mobilisable, rénitent, n'offrant nullement la résistance, l'adhérence du ganglion cancéreux.

L'aspect de la tumeur était tel que, pour qui se contentait d'examiner le malade, le diagnostic d'épithélioma paraissait s'imposer, sans laisser la moindre place au doute. Tel fut, du reste, le diagnostic de la plupart des membres de la Société, de MM. Terrier et Quénu, entre autres, qui préconisèrent l'ablation immédiate.

Mais, d'autre part, l'interrogatoire du malade révélait les faits suivants : la tumeur datait de vingt-cinq ans ; elle s'était développée et accrue progressivement, pendant tout ce laps de temps. Elle n'était pas douloureuse et n'avait jamais gêné le malade ; il ne se décidait à s'en occuper que par suite de la gêne mécanique qu'elle entraînait, et parce qu'elle lui avait paru, dans ces derniers temps, s'accroître très rapidement. Cet ensemble de faits venait singulièrement troubler le diagnostic d'épithélioma ; nous

n'avons pas l'habitude, en effet, de voir cette terrible affection mettre vingt-cinq ans pour évoluer !

Enfin, l'examen histologique, pratiqué avec le plus grand soin, répondait : papillome simple, papillome banal. Pour lever les derniers doutes qui restaient dans l'esprit de M. Quénu, nous lui avons, à ce moment-là, soumis les préparations histologiques qui l'ont convaincu. La description histologique détaillée a d'ailleurs été publiée dans le Bulletin de la Société du 15 février.

Nous nous trouvions donc en face des faits complexes suivants : Notre malade était porteur d'une tumeur linguale que presque tous les chirurgiens affirmaient cliniquement être de l'épithélioma; mais l'histologie, qui doit prononcer en dernier ressort, affirmait qu'il s'agissait de papillome. L'évolution de la tumeur était d'ailleurs bien celle de cette tumeur bénigne. Cependant, en terminant notre communication, nous faisions les réserves les plus sérieuses pour l'avenir du malade; la progression rapide de la lésion dans les dernières semaines, sa dureté, l'irritation, les traumatismes constants auxquels elle était soumise, de par son siège, nous paraissaient imposer une réserve quant au pronostic.

Au cours de notre communication, nous n'avions pu nous empêcher de rapprocher notre cas d'une observation du P[r] Paul Reclus, se rapportant à un malade qui avait subi, en vingt et un ans, huit interventions chirurgicales pour un épithélioma de la langue; nous nous étions demandé si certains des cas qui ont été publiés jusqu'à ce jour de guérison définitive d'épithélioma de la langue ou de récidives bénignes échelonnées sur un long espace de temps ne ressortissaient pas en réalité à des néoplasmes histologiquement papillomateux, quoique cliniquement cancéreux.

M. Paul Reclus nous fit observer que les épithéliomas superficiels dont il avait parlé antérieurement étaient de vrais épithéliomas, dont l'examen microscopique avait été pratiqué (tout au moins au cours des dernières interventions). Du reste, pour le professeur Reclus, son cas ne ressemblait nullement à celui que nous venions de montrer. « La langue que nous voyons, ajoutait-il, me rappelle absolument celle d'un fabricant d'instruments de Paris, par qui beaucoup d'entre nous ont été consultés; sa tumeur, qui occupait toute la langue leucoplasique, n'a jamais, je crois, donné lieu aux évolutions successives des épithéliomas; l'ulcération n'y fut pas observée. » Pour M. Reclus, il s'agissait donc bien d'un papillome chez notre malade.

Nous nous proposâmes de soigner celui-ci par la radiothérapie, et nous engageâmes à tenir la Société au courant des résultats obtenus. C'est cette promesse que nous venons remplir aujourd'hui.

L'évolution des lésions est malheureusement venue confirmer les réserves que nous avions faites à cette époque. Le traitement radiothérapique ne put être commencé qu'à la fin du mois de février. Avant de l'entreprendre, une nouvelle biopsie fut pratiquée. La tumeur avait, à ce moment, légèrement augmenté de volume; elle était peut-être aussi un peu plus dure, mais son aspect extérieur n'était pas modifié. Or, nous eûmes la très grande surprise de trouver une structure histologique complètement différente de celle que nous avait permis de constater la première biopsie, qui, elle, datait du début de janvier. Nous ne trouvions plus trace de papillome; il s'agissait bien cette fois d'un épithélioma lobulé corné, absolument caractéristique, comme on pourra s'en convaincre par la vue des préparations histologiques que nous tenons à la disposition de la Société.

Et cependant notre seconde biopsie avait porté sur la même région que la première, peut-être à un demi-centimètre de distance. Et, nous le répétons, à part un léger accroissement de volume et une légère augmentation de consistance, la tumeur n'avait pas changé d'aspect.

Nous nous heurtons ici à un problème qui nous paraît complètement insoluble. Nous avouons en effet qu'il nous paraît impossible d'admettre la transformation des tumeurs, en particulier celle d'un papillome en épithélioma. L'esprit répugne à concevoir qu'une tumeur, qui est restée bénigne pendant vingt-cinq ans, puisse, tout d'un coup, se transformer en tumeur maligne. Peut-être faut-il admettre qu'il n'y a pas transformation, mais superposition, et qu'un épithélioma a pu se développer et évoluer, pour son compte, sur la tumeur préexistante. En tout cas, il y a là un fait d'observation indéniable, extrêmement troublant, et pour lequel nous devons avouer notre complète impuissance à fournir une explication.

Du reste, du jour où la tumeur a subi cette modification histologique, son évolution a changé complètement, et elle s'est comportée dès lors comme une tumeur maligne; il suffit, pour s'en convaincre, de regarder aujourd'hui la langue de notre malade, et de la comparer à cette excellente photographie qui représente l'état des lésions en janvier dernier.

Pour ne pas allonger outre mesure cette observation, nous passons sur les détails du traitement radiothérapique, qui seront publiés d'autre part. Contentons-nous de dire que depuis la fin du mois de février jusqu'au milieu du mois de juin, le malade a eu treize séances de radiothérapie sur la tumeur de la langue, et quatre sur les régions sous-maxillaires, au niveau des ganglions.

Les séances sur la langue étaient faites d'une façon couplée,

pendant deux jours de suite, suivies de quinze jours de repos. Au cours de chaque séance on faisait absorber une dose variant entre 4 H 1/2 et 5 H, soit de 9 à 10 H par groupe de séances. Les lésions ont absorbé au total une dose de 65 H. Le traitement a donc été fait à doses massives et d'une façon aussi énergique que possible.

Après chaque groupe de séances la tumeur diminuait de volume d'une façon manifeste; à deux reprises même elle a semblé en voie de régression complète et l'on a pu espérer la guérison. Cependant, vers la fin de chaque période de repos, elle augmentait de nouveau de volume.

Enfin, vers le 15 juin, une nouvelle tumeur est apparue sur le rebord gauche de la langue, et, devant l'échec de la radiothérapie, nous avons décidé de recourir à l'intervention chirurgicale.

Actuellement, la tumeur principale qui siège sur la moitié gauche de la face dorsale de la langue est, dans son ensemble, moins volumineuse qu'au début; mais elle a considérablement changé d'aspect. Elle a perdu cet aspect papillomateux, en chou-fleur, avec des saillies végétantes séparées par des sillons, qu'elle avait en janvier; elle forme une masse globuleuse, lardacée, très dure, présentant de petites ulcérations sanieuses. A sa partie antérieure s'est développé une sorte de prolongement, de masse secondaire, séparée de la tumeur principale par une sorte de sillon, et présentant le même aspect lardacé. Enfin, sur le bord gauche de la langue, à cheval entre le bord gauche de cet organe et le plancher de la bouche, on trouve une nouvelle tumeur, allongée d'avant en arrière, ayant la forme d'une amande verte qu'on aurait partagée par son milieu et dont la tranche répondrait au rebord dentaire; elle mesure 2 centimètres de long sur 1 de large; elle est de couleur rose blanchâtre, d'aspect lardacé, dure, très douloureuse.

Des douleurs vives se sont développées en même temps; la douleur dans l'oreille gauche est très vive. Le malade a maigri considérablement ces derniers temps.

Au point de vue ganglionnaire, on trouve un nouveau petit ganglion sous-maxillaire à gauche, qui est dur et déjà adhérent en profondeur.

En résumé, deux faits sont à noter dans l'évolution des lésions et le traitement de notre malade : tout d'abord l'échec complet de la radiothérapie. Cette méthode, qui donne d'excellents résultats contre l'épithélioma cutané, ne paraît pas susceptible d'en donner de semblables contre l'épithélioma des muqueuses. Voici un cas qui paraissait particulièrement favorable, puisqu'il s'agissait de

lésions toutes en surface, sans infiltration de la langue; or, l'échec est complet.

En second lieu, et c'est là le point sur lequel nous désirions attirer l'attention, notre malade pose, au point de vue de l'évolution et de la production des tumeurs, un problème qui, s'il est à l'heure actuelle insoluble, n'en est pas pour cela moins intéressant, au contraire. Il y a là une observation, comme on en rencontre souvent en médecine, qui demandait à être recueillie, publiée, et à être mise de côté pour une interprétation ultérieure.

Présentations de pièces.

Gros calcul du bassinet, enclavé dans l'extrémité supérieure de l'uretère. Néphrotomie. Extraction. Guérison.

M. Picqué. — Mme R..., âgée de trente-quatre ans, souffre depuis le mois de janvier dernier de violentes douleurs au niveau de la région lombaire. Ces douleurs, peu espacées, reviennent par crises irrégulières; elles sont violentes, aiguës, et obligent la malade à prendre le lit.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, une première grossesse normale à l'âge de dix-sept ans. Une deuxième grossesse à l'âge de dix-neuf ans. Scarlatine grave avec albuminurie entre les deux grossesses.

Jamais de coliques néphrétiques ni d'expulsion de calculs ou de graviers.

Jamais de cystite vraie, jamais de crise d'hématurie.

Depuis quatre ans, dit cette malade, des douleurs peu aiguës siégeaient au niveau des lombes; depuis cette même date, mais par intervalles seulement, les urines étaient « chargées », uniformément troubles; un examen fait à cette époque y décela des phosphates et des « globules de pus »; les mictions étaient normales; pas de fréquence, pas de cuisson terminale, *pas d'hématurie.*

Depuis un an environ, mais surtout depuis le mois de janvier, les douleurs rénales devinrent plus intenses; la malade est fréquemment prise (en moyenne deux fois par mois) de violentes migraines avec fièvre, inappétence, vomissements même; la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures reste sensiblement la même; les urines sont de plus en plus troubles; pas de symptômes de cystite, *pas d'hématurie.* Ces douleurs rénales, continues

et sourdes (depuis trois ou quatre mois surtout), surviennent par crises et accès, avec douleurs réflexes dans les régions inguinale et inguino-abdominale; pas de réflexe réno-rénal; quelques douleurs irradiées vers l'épaule, mais peu accusées.

Je vis pour la première fois la malade au début de juin dernier; elle venait d'avoir, deux jours avant, quelques symptômes d'anurie.

A l'examen, je constatai : un gros rein, débordant les fausses côtes de cinq travers de doigt, pas mobile, et très sensible dans l'angle costo-lombaire, quand on pratique la double palpation.

Etat général médiocre : la malade a beaucoup maigri, n'a pas d'appétit, accuse des vertiges fréquents et des nausées suivies de vomissements et de violents maux de tête. Les urines de vingt-quatre heures sont uniformément troubles, déposant au fond du bocal sous forme d'une épaisseur de pus de trois ou quatre travers de doigt; ces urines ne sont pas rouges, et atteignent en moyenne 900 à 1.100 grammes en vingt-quatre heures.

L'examen bactériologique de ces urines fut pratiqué par mon chef de laboratoire, M. Mortier, et donna les renseignements suivants : après centrifugation, le culot examiné décela la présence de nombreux microbes (entre autres du coli), de nombreux leucocytes mono et surtout polynucléaires, quelques grandes cellules polygonales à noyaux bien colorés, *pas d'hématies*, pas de bacilles de Koch.

Cet examen fut répété à trois reprises différentes dans l'espace de trois semaines ; les résultats furent toujours les mêmes.

Soupçonnant un calcul rénal, je fis pratiquer la radiographie par M. Infroit; le résultat fut concluant : une superbe tache que vous observez sur la plaque permet d'affirmer la présence d'un volumineux calcul du bassinet, calcul au moins phosphatique.

Le 24 juin, l'opération fut décidée, et le 25 au matin je pratiquais une néphrotomie avec l'assistance de M. le Dr Mortier et de mes internes Liné et Morlet. Après l'incision de Guyon, je mettais à nu une volumineuse tumeur rénale, bosselée, qu'on attirait avec peine en dehors de la plaie ; après l'incision du rein sur le bord convexe, incision qui intéressa trois ou quatre grosses poches distendues par des urines purulentes et dont la substance rénale avait totalement disparu, je tombai, en prolongeant l'incision, sur un calcul enclavé du bassinet, avec un petit prolongement dans l'uretère ; de nombreux graviers phosphatiques étaient accumulés dans les poches voisines du calcul. Extraction facile de ce calcul, puis suture hémostatique du rein, au niveau de son centre; la partie corticale, détruite, non saignante, est drainée ainsi que la plaie, et on suture celle-ci au pôle supérieur.

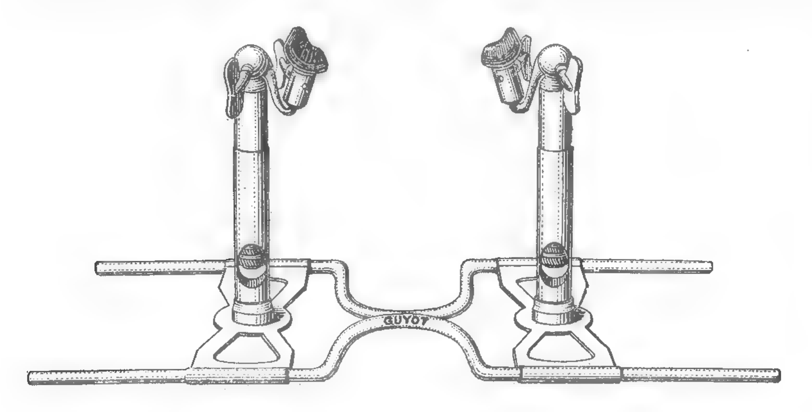
Les suites opératoires ont été excellentes; chaque jour on fait des lavages à l'eau oxygénée dans la plaie ; il n'existe plus qu'un drain qui occupe le trajet fistuleux.

La malade a repris « goût à la vie » ; elle mange bien, n'a plus de nausées ni de vomissements, et ses urines s'éclaircissent de plus en plus.

Présentation d'instrument.

Note sur un propulseur de la mâchoire inférieure.

M. Delorme. — Le Dr Haury a imaginé un propulseur de la mâchoire inférieure destiné à prévenir, dans l'anesthésie générale



par l'éther ou le chloroforme, les phénomènes asphyxiques dus à la chute de la langue en arrière.

Reconnaissant au procédé de la pince à langue — dont il a garde cependant de faire le procès — les inconvénients bien connus de laisser, outre un mauvais souvenir, souvent une petite plaie susceptible d'infection, le Dr Haury a pensé qu'il y aurait avantage à remplacer par un moyen mécanique le procédé de propulsion de la mâchoire en avant. Ce procédé est, en effet, aussi efficace que le premier; de plus, il est inoffensif. Il faut seulement, pour propulser en avant le maxillaire inférieur, le saisir par les angles et non par-dessous les branches horizontales, ce qui risquerait d'accoler la langue à la voûte palatine.

Mais la manœuvre qu'il nécessite est fatigante et astreignante pour l'aide qui endort.

L'appareil que propose le Dr Haury se compose d'une base horizontale sur laquelle glissent de façon à s'éloigner ou se rapprocher deux tiges verticales dont la longueur est calculée de façon à représenter approximativement la distance qui sépare le plan du lit à l'angle de la mâchoire. Les tiges verticales sont faites de deux cylindres glissant l'un dans l'autre; l'interne, qui est sans cesse repoussé en haut par un ressort, est coudé à sa partie supérieure et porte une gouttière caoutchoutée destinée à s'adapter à l'angle de la mâchoire. Deux articulations, dont l'une



en noix, permettent d'assurer étroitement le contact de la gouttière avec l'angle de la mâchoire.

Maniement de l'instrument. — Au début de la période de résolution, on glisse sous la tête du malade la base de l'appareil. On rapproche les deux montants selon la largeur du cou, de façon que les gouttières correspondent aux angles du maxillaire. On fait passer celles-ci sous ces angles en pesant sur les ressorts, et on assure leur parfaite adaptation. Dès qu'on cesse la pression, la mâchoire est propulsée en avant par les gouttières.

Une molette permet de ne faire donner au ressort que juste la force nécessaire pour la propulsion.

Grâce à la disposition de l'instrument, il ne peut y avoir de compression des jugulaires, le seul point du corps du malade en contact avec lui étant l'angle de la mâchoire. D'autre part, les

gouttières, matelassées de caoutchouc, ne laissent aucune trace de pression après l'application.

Cet appareil est : *très simple, très facile à appliquer ; il n'est pas encombrant ; il réserve l'usage de la pince à langue* pour les seuls cas où l'on doit faire des tractions rythmées.

Il libère les doigts du chloroformisateur et lui permet de porter toute son attention sur la conduite de l'anesthésie et l'administration du chloroforme.

Cet appareil peut être appliqué dans toutes les positions du malade (position horizontale ou position de Trendelenburg), dans les interventions sur la face aussi bien que dans les autres. Une fois placé, il n'y a plus à s'en préoccuper.

Le propulseur du D[r] Haury a été utilisé dans différents services en France et à l'étranger, notamment chez les professeurs Girard et A. Reverdin, de Genève.

Il fait honneur à l'ingéniosité de notre collègue de l'armée.

Le secrétaire annuel.

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 19 JUILLET 1905

Présidence de M. Schwartz.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° — Une lettre de M. Mauclaire, qui pose sa candidature à la place déclarée vacante à la Société.

3° — Une lettre de M. Delorme, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance d'aujourd'hui.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement du cancer de la langue.

M. Poirier. — Messieurs, le 23 avril 1902, je vous ai exposé un manuel opératoire de l'opération logique à faire contre le cancer de la langue.

Deux ans plus tard (2 mars 1904), je vous ai présenté deux de mes opérés, en bonne santé et sans trace de récidive, bien que l'opération remontât : pour l'un, à vingt-deux mois, et pour l'autre, à trente-trois mois. Il vous fut loisible de constater les résultats et de vérifier les diagnostics, sur les préparations histologiques que je vous présentais.

Aujourd'hui, juillet 1905, je vous apporte des nouvelles de mes opérés : ils sont toujours en parfait état et demeurent sans récidive, l'un depuis trois ans, l'autre depuis quatre.

J'ajoute que je compte trois autres cas d'épithélioma guéris depuis vingt-deux à vingt-sept mois; mais ce sont là des résultats trop récents pour qu'il y ait intérêt à en parler maintenant.

Je désire, pour le moment, vous entretenir de certaines particularités relatives à l'histologie des épithéliomas de la langue, et d'une modification importante que j'ai apportée au manuel opératoire.

Depuis deux ans, j'ai opéré vingt et une tumeurs de la langue. Voici le résultat des examens histologiques qui ont tous été faits dans mon laboratoire par mon préparateur, M. G. Delamare, dont l'habileté et la compétence sont connues.

Examen histologique de vingt et une tumeurs de la langue.

L'examen histologique de vingt et une tumeurs de la langue, enlevées chirurgicalement, nous a montré que, vingt fois, il s'agissait d'*épithéliomas pavimenteux*, et, une fois, de *papillome*.

Papillome. — Survenu chez un sujet syphilitique, ce papillome, haut de 5 millimètres et large de 9 millimètres, ne comportait aucune lésion vasculaire appréciable mais s'accompagnait d'une hyperkératose notable et d'une importante infiltration embryonnaire sous-muqueuse. *Ses travées contenaient quelques petits globes cornés.* Cette constatation est, à coup sûr, insuffisante, pour affirmer la réalité de la transformation épithéliomateuse de cette tumeur. L'examen de nombreuses coupes sériées n'a d'ailleurs pas permis d'apercevoir la moindre effraction de la basale et la moindre pénétration épithéliale dans le derme sous-jacent. Or, tel est, nul ne l'ignore, le seul critère histologique de la nature épithéliomateuse d'une néoplasie encore jeune.

Epithéliomas. — Parmi les vingt épithéliomas, il en est un qui coïncide avec un papillome, et cinq qui s'accompagnent d'hyperkératose de la muqueuse.

La leucokératose linguale n'apparaît donc pas comme la première et obligatoire manifestation du cancer de la langue.

Neuf fois il s'agit d'*épithélioma lobulé*, deux fois d'*épithélioma tubulé*, neuf fois d'*épithélioma lobotubulé*.

Très fréquemment (10 fois sur 20), ces néoplasmes sont ulcérés et infectés, au moins superficiellement. L'infiltration leucocytaire (polynucléaires) est fort abondante et les globules blancs pénètrent parfois à l'intérieur des globes épidermiques en voie de destruction. Il serait intéressant de déterminer si l'infection de la tumeur n'aggrave point le pronostic opératoire, ce qui paraît probable.

L'infiltration embryonnaire, et surtout la sclérose défensive, sont infiniment plus rares (3 fois sur 20).

La cellule de ces néoplasmes appartient toujours au type mal-

pighien et présente presque toujours des filaments protoplasmiques par lesquels elle s'anastomose avec les éléments voisins; le fait est bien connu.

Ces filaments protoplasmiques ne disparaissent que dans les éléments qui subissent les métamorphoses kérato-colloïdes.

La dégénérescence cornée est constante : elle apparaît tantôt sur des cellules isolées, tantôt, et plus souvent, sur des cellules groupées de façon à constituer des globes épidermiques. Elle est très fréquemment associée à la dégénérescence colloïde.

14 fois sur 20, ces globes épidermiques sont remarquables, non seulement par leur nombre, mais encore par la grandeur de leurs dimensions et l'intensité des dégénérescences cellulaires observables à leur niveau. Remarquons en passant que ces dégénérescences cellulaires qui aboutissent à la mort spontanée d'assez vastes zones néoplasiques ne paraissent pas nécessairement liées à des phénomènes d'obstruction vasculaire, car nous avons toujours constaté la parfaite perméabilité des vaisseaux dans les langues cancéreuses soumises à notre examen.

Syncytiums cancérophages. — Au contact des cadavres cellulaires qui résultent de la transformation cornée totale des globes épidermiques, nous avons parfois constaté la présence de syncytiums cancérophages, morphologiquement et physiologiquement identiques aux cellules géantes qui servent à la résorption des corps étrangers, déposés dans l'intimité des tissus vivants.

Observés par le professeur Cornil au contact d'un épithélioma calcifié, étudiés en Allemagne par Becher, Petersen, Schwarz et Borrmann, ces éléments ne paraissent jouer qu'un rôle assez médiocre dans la défense naturelle de l'organisme contre le cancer car ils semblent incapables de digérer les cellules cancéreuses en pleine activité évolutive.

Mitoses. — Dans nos examens, les indices certains de la vitalité intense, de la reproductilité puissante des cellules épithéliales sont loin de faire défaut. Toujours, contrairement à l'assertion du professeur Tripier, nous trouvons des caryocinèses et, 10 fois sur 20, nous constatons l'abondance, vraiment extraordinaire, des figures de la mitose normale et anormale.

S'il est rare de constater des signes indiscutables de division directe, il est fréquent d'enregistrer la présence d'éléments pourvus de 2, 3 ou 4 noyaux.

Souvent les noyaux atteignent des proportions gigantesques, ils bourgeonnent et ces phénomènes paraissent attester la prodigieuse mais morbide exubérance des cellules néoplasiques.

La rapidité de pénétration des boyaux épithéliomateux dans l'hypoderme et dans la couche musculaire semble assez variable.

Tels épithéliomas se développent surtout en surface et atteignent un volume, déjà considérable, lorsqu'ils franchissent les interstices musculaires. Tels autres sont, au contraire, presque d'emblée térébrants. A cet égard, l'une de nos observations est des plus suggestives car elle nous montre l'infiltration intermusculaire d'un cancer qui, survenu chez un syphilitique, mesurait 4 millimètres de hauteur sur 7 de largeur!

Une biopsie, pratiquée avant l'opération curative, fut examinée par MM. Cornil et Lenglet. Seul, M. le professeur Cornil reconnut la nature *épithéliomateuse* de cette tumeur, en apparence inoffensive, en réalité déjà infectante.

En montrant combien sont parfois trompeuses les apparences cliniques, ce cas prouve une fois encore que, seule, l'étude histologique d'une biopsie permet le diagnostic *précoce*, c'est-à-dire *utile*, du cancer de la langue.

Ganglions. — Les renseignements fournis par la clinique et même par l'anatomie macroscopique ne sont pas moins trompeurs en ce qui concerne l'état des ganglions lymphatiques.

Ces ganglions sont presque toujours hypertrophiés, et l'on serait volontiers tenté de croire à la réalité de leur cancérisation constante et toujours précoce.

Or, comme le démontre, sans contestation possible dans l'état actuel de la science (1), l'étude histologique, cette cancérisation n'est ni absolument constante, ni toujours très précoce.

Elle est inconstante, puisqu'elle manque huit fois sur vingt; elle est parfois assez tardive, puisque, dans un cancer mesurant plus de 2 centimètres et déjà vieux de six mois, elle fait défaut.

Les métastases se localisent presque toujours dans les ganglions carotidiens du côté correspondant, droit s'il s'agit d'un épithélioma latéral droit, etc.

Possible, l'infection bilatérale est assurément plus rare et ne s'observe que dans les très gros cancers (8 fois sur 20).

La dégénérescence épithéliomateuse des ganglions sous-maxillaires et des ganglions omoplatohyoïdiens nous est apparue comme assez exceptionnelle (3 fois sur 20).

Quelques points dans cette étude histologique doivent être mis en relief :

A. — Ce fait que dans huit cas seulement les ganglions lymphatiques étaient ou paraissaient indemnes, tandis que dans les douze

(1) Pour nier ces résultats il faut admettre que quelques rares cellules néoplasiques ont pu échapper à un examen microscopique incomplet et trop rapide ou supposer (hypothèse gratuite) que les cellules cancéreuses jeunes présentent des caractères morphologiques grâce auxquels elles sont nécessairement méconnaissables et, par suite, méconnues.

autres cas ils présentaient la dégénérescence cancéreuse, vient à l'appui du précepte sur lequel j'ai tant insisté : « Enlever toujours et aussi largement que possible les ganglions lymphatiques dans le but d'éloigner ou d'éviter les récidives. »

Le professeur Cornil, au contrôle duquel j'ai soumis ces résultats, m'a fait observer qu'il ne fallait pas conclure, de l'absence de boyaux néoplasiques et de globes cornés dans les ganglions, que ces ganglions n'étaient point déjà en proie à la dégénérescence cancéreuse dont les premières phases sont parfois difficiles à déceler.

B. — Nous avons remarqué que la pénétration des boyaux épithéliomateux dans l'hypoderme et dans la couche musculaire est assez variable et n'est pas toujours en rapport avec le développement et l'âge de la tumeur.

La remarque est intéressante : en effet, en présence d'une tumeur très petite, bien limitée, on est tenté de se borner à l'ablation de la tumeur. C'est jouer bien gros jeu, et l'on ne sera pas toujours aussi heureux que mon ami Reclus qui nous a cité un cas de guérison qui se maintient depuis de longues années après l'ablation simple du néoplasme.

Dans un cas, en présence d'une tumeur très limitée, je me suis borné à l'ablation unilatérale des ganglions; l'épithélioma a récidivé, ou plutôt continué dans les ganglions du côté opposé. Mon collègue et ami Cunéo a observé un cas identique. Nous ne commettrons plus cette faute.

C. — Il ressort encore de cette étude histologique que bien qu'ils appartiennent tous à la même variété histologique, les épithéliomas de la langue ont des allures très différentes, sans qu'on puisse jusqu'ici en dire le pourquoi.

D. — Enfin, je tiens à mettre en relief l'incontestable utilité de la biopsie, dans les cas de diagnostic douteux. Il faut se garder de perdre un temps très précieux en tentatives de traitement antisyphilitique par exemple. La précocité de l'intervention est question de vie ou de mort.

J'ai introduit dans mon manuel opératoire une modification que je juge fort importante. Vous savez tous combien au temps lingual de l'opération, lorsqu'il s'agit d'enlever la tumeur elle-même, très largement, pour suturer ensuite ce qui reste de la langue, combien on est gêné par le sang et les mucosités que le malade rejette à chaque expiration et pendant les quintes de toux que détermine l'écoulement de sang dans le pharynx et le larynx. On peut se mettre à l'abri de cet inconvénient en pratiquant à ce moment une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Je savais que quelques-uns de mes collègues avaient pratiqué dans ces cas la trachéotomie et qu'ils l'avaient pour la plupart abandonnée à cause des complications dont elle pouvait être l'origine. Il ne s'agit point ici de trachéotomie, mais d'une laryngotomie temporaire.

J'ai adopté cette modification après l'avoir vu pratiquer à Londres par le professeur Butlin, dont vous connaissez les beaux travaux sur le cancer de la langue. J'ai eu l'honneur de voir Butlin opérer un cas de leucoplasie buccale douloureuse. Avant de procéder à l'ablation par dissection des parties malades, il fit, à l'aide de la canule que je vous présente, une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Pour cette petite opération, Butlin procède en plusieurs temps : section transversale de la peau, ponction de la membrane avec une sonde cannelée à bout coupant, introduction d'un dilatateur et ensuite de la canule montée sur une mouche qui en rend le maniement facile.

La canule reste en place, recouverte de la compresse chloroformée, pendant le temps nécessaire pour l'ablation du néoplasme et la suture de la langue. Une éponge introduite dans le pharynx empêche le sang de couler dans le larynx.

J'ai pratiqué cette opération à la manière de Butlin, dans deux cas d'épithélioma lingual; puis il m'a paru que l'on pouvait la raccourcir encore et l'améliorer : dans ce but j'ai introduit une modification légère qui consiste à aiguiser en trocart le bout ovoïde du mandrin sur lequel est montée la canule. Dans six cas opérés récemment, j'ai fait la laryngotomie par ponction directe de la membrane inter-crico-thyroïdienne après section de la peau. C'est affaire de quelques secondes et le procédé de la ponction a pour effet d'introduire la canule *à frottement* dans le larynx et d'éviter ainsi, ou tout au moins de diminuer l'accès du sang dans la trachée, difficile à éviter lorsqu'on introduit au préalable un dilatateur. Cette ponction du larynx est d'une facilité et d'une rapidité difficiles à imaginer lorsqu'on ne l'a point vu pratiquer.

L'opération finie, on retire la canule, et l'opéré respire par la bouche. La plaie laryngée se cicatrise très rapidement.

Les avantages de cette petite manœuvre sont tels que je n'hésite pas à la recommander : vous opérez désormais à l'aise, sans vous presser, dans une bouche bien éclairée, sur un malade qui respire avec calme, et il vous est permis de poursuivre les prolongements de la tumeur, de vérifier si l'ablation est complète, et de faire une suture soignée.

Il faut qu'une tumeur soit exceptionnellement petite ou limitée pour que je me prive des avantages que donne la ponction laryngée temporaire. Par contre, dans les grandes interventions,

lorsque l'étendue du mal vous oblige à mettre en communication la plaie cervicale avec la cavité buccale, la laryngotomie est indispensable absolument, pour faire bien et complètement.

Avant de terminer, permettez-moi d'ajouter une remarque : depuis deux ans, j'ai vu nombre de tumeurs inopérables ou opérables au prix de difficultés et de risques et avec chances moindres de succès durables. La plupart de ces malades avaient subi plus ou moins longtemps un traitement radiothérapique. Or, si la radiothérapie fait merveille contre certaines affections cutanées, les épithéliomas de la face par exemple, il n'est pas venu à ma connaissance qu'elle ait guéri un seul cas d'épithélioma lingual : des malades m'ont raconté que leurs douleurs avaient été momentanément diminuées; d'autres ont même accusé une modification temporaire dans l'aspect de la tumeur; je n'ai pas vu un seul cas de guérison ou d'amélioration réelle. Par contre, presque tous ces malades présentaient des tumeurs ulcérées, qui avaient gagné en étendue et en profondeur, pendant le temps perdu en tentatives de radiothérapie. Chez tous ceux que j'ai opérés, les ganglions étaient pris.

C'est pourquoi il faut dire bien haut que, dans sa forme actuelle, le traitement radiothérapique donne des résultats déplorables dans les cas d'épithélioma de la langue; seule, l'exérèse, largement et logiquement conduite, donne des résultats incontestables et durables.

M. Quénu. — Je puis ajouter une observation de ganglions hypertrophiés accompagnant un cancer de la langue sans que l'examen microscopique ait pu déceler dans ces ganglions le moindre élément épithéliomateux; et pourtant ces ganglions étaient gros, violacés.

La tumeur occupait le bord gauche de la langue et datait d'environ dix-huit mois. Je mis à découvert à droite et à gauche toute la chaîne ganglionnaire carotidienne et liai bilatéralement les carotides externes au-dessus de la naissance de la thyroïdienne; les ganglions sous-maxillaires sont enlevés des deux côtés, puis toutes les plaies sont suturées et je procède à l'ablation de la langue dont j'enlevai toute la portion antérieure au V lingual en empiétant sur celui-ci. Après les désinsertions des piliers antérieurs du voile. Cette opération fut absolument exsangue; je n'eus pas une ligature à faire et je suturai la muqueuse de la face dorsale à la muqueuse du plancher de la bouche.

Cette facilité opératoire, je l'ai due à deux moyens : d'une part à la ligature des carotides qui m'a évité toute effusion sanguine, d'autre part à l'emploi de l'appareil de Delbet que mon collègue

avait mis à ma disposition. M. Delbet m'avait également envoyé son externe, M. Mornard, pour administrer le chloroforme avec son appareil.

L'anesthésie a été des plus simples et je n'ai pas eu à interrompre un instant mon opération.

Mon malade a guéri avec la plus grande simplicité.

Mon assistant, M. Duval, avait quelques semaines auparavant extirpé une langue après avoir fait la trachéotomie préliminaire, avec succès du reste, et en enlevant la canule, l'opération faite.

Il n'en est pas moins vrai que même temporaire; la section de la trachée ou de la membrane inter-crico-thyroïdienne est inutile et que, sans elle, l'extirpation de la langue bien réglée est devenue une opération des plus simples.

M. Paul Reynier. — Je voudrais faire à M. Poirier une simple remarque à propos de la canule qu'il vient de nous présenter. Il y a longtemps que cette canule trocart existe. M. Péan a présenté, il y a plusieurs années, à l'Académie, au nom du Dr Glover, une canule où le bout conique du mandrin de la canule Krishaber a été remplacé par un bout tranchant. Grâce à un dispositif spécial, un ressort, sur lequel on presse avec le pouce, l'extrémité acérée du mandrin émerge de la canule au moment de ponctionner; dès qu'on a pénétré dans la trachée, le pouce ne pressant plus le ressort, la pointe rentre dans la canule, de telle sorte qu'il n'y a pas moyen de léser la paroi postérieure.

La trachéotomie faite par ce procédé est très rapide et très facile, et j'ai eu encore tout dernièrement l'occasion de le constater, dans un cas particulièrement difficile. Car il s'agissait d'un cancer du larynx, avec ganglions volumineux, qui déviaient fortement la trachée, prenant la forme d'S; tous les rapports étaient changés, et j'ai été particulièrement heureux d'avoir cette canule à ma disposition, pour faire une trachéotomie, en quelques secondes, à ce malade qui asphyxiait.

Je ne saurais donc trop recommander l'usage de cette canule Glover à mes collègues.

M. J.-L. Faure. — J'approuve tout ce que vient de dire M. Poirier, et surtout ses dernières paroles relatives au temps perdu en traitements intempestifs. Mais je me sépare de lui dans ce qu'il a dit sur la trachéotomie préliminaire — ou plutôt sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne — que j'ai toujours faite exclusivement et qui est effectivement très facile et se fait en quelques secondes.

J'ai fait souvent des extirpations de la langue, du pharynx et de

l'amygdale, et pendant cinq ou six ans, dans une vingtaine de cas environ, j'ai toujours fait préventivement la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Or, il m'a semblé, à tort ou à raison, que cette manœuvre aggravait le pronostic de ces opérations, déjà fort graves par elles-mêmes. Aussi, depuis trois ou quatre ans, me suis-je efforcé de me passer de la laryngotomie préliminaire, et dans les sept ou huit derniers cas cela m'a été facile. Je dois dire qu'autrefois je laissais la canule à demeure pendant quarante-huit heures, et il est évident qu'il vaut beaucoup mieux enlever la canule dès la fin de l'opération.

Actuellement j'ai donc renoncé à la laryngotomie. Mais j'ai toujours une canule à ma portée, et s'il y avait des difficultés respiratoires je n'hésiterais pas un instant à la plonger dans l'espace inter-crico-thyroïdien. J'hésiterais moins encore aujourd'hui, résolu que je suis, le cas échéant, à enlever la canule immédiatement après l'opération.

M. Richelot. — Je demande la parole sur le point secondaire de la communication que vous venez d'entendre, et pour constater que mon ami Poirier, retour d'Angleterre et oubliant l'expérience de ses collègues de France, vient de dire, sur la manière de pratiquer la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, sa facilité et sa rapidité d'exécution, par ponction et sans disséquer, exactement ce que j'ai dit et soutenu, non sans être contredit par lui et par d'autres, il y a douze et quinze ans.

M. Pierre Sebileau. — Ma conviction n'est pas encore établie sur le point de savoir si, avant de pratiquer l'ablation de la langue, il y a, ou non, intérêt à ouvrir les voies aériennes. Je crois cependant, comme Faure, qu'il vaut mieux ne pas le faire, sauf, bien entendu, dans les cas où une pharyngectomie assez étendue nécessite le tamponnement pharyngé. A la vérité, Poirier parle seulement d'ouverture temporaire destinée à faciliter l'acte opératoire. Celle-ci encore me paraît devoir être épargnée au malade chaque fois que cela est possible et je pense que tous les cas où l'extirpation de la langue par la bouche est réalisable rentrent dans cette catégorie.

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne appliquée à ces bouches temporaires est évidemment infiniment supérieure à la trachéotomie. Je suis convaincu que la canule que vient de nous présenter notre collègue est un bon instrument, puisqu'il a donné dans les mains de M. Butlin et dans les siennes de si heureux résultats; mais je dois dire que je ne me sens pas porté à en faire usage. Ponctionner la trachée est, malgré tout, faire une opération

aveugle; c'est aussi, me semble-t-il, faire un retour en arrière. Je préfère les opérations à ciel ouvert. Aussi bien, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est-elle une opération très simple, très facile, très rapide, qui ne nécessite même pas l'emploi du dilatateur et qui guérit sans peine par première intention quand on ne laisse pas dans la trachée de canule à demeure.

Je pratiquais autrefois la ligature préalable de la carotide externe, suivant la manière que m'avait apprise mon maître Quénu. Je ne la fais plus qu'exceptionnellement. Il me semble que toutes les fois que l'extirpation est réalisable par les voies naturelles, il est aussi simple et aussi facile, grâce à la traction forcée de la langue qui permet précisément de réaliser l'opération, de pincer aussi les vaisseaux au fur et à mesure que la section de l'organe les ouvre.

Poirier vient de nous dire que la plupart des malades qui lui sont adressés lui arrivent trop tard, et il en attribue la cause à ce qu'on perd avec eux du temps à faire la radiothérapie. Cela est vrai pour un certain nombre de patients. Il est aujourd'hui bien démontré que la radiothérapie n'a aucune efficacité contre les épithéliomas des muqueuses; j'ai même observé des cas où son influence avait été néfaste. Mais il y a autre chose dans l'inopérabilité de beaucoup de malades qui nous arrivent : c'est l'extraordinaire rapidité d'évolution de certains néoplasmes. Depuis quelques mois, j'ai vu plusieurs cancers (particulièrement des cancers de la partie postérieure de la langue et de l'arrière-bouche) qui, en l'espace de quelques mois seulement (trois ou quatre), avaient subi une évolution si rapide, si infiltrante, qu'ils s'étaient placés très vite au-dessus des moyens de la chirurgie raisonnable.

M. Pierre Delbet. — Un mot confirmatif de ce qu'ont dit MM. Poirier et Quénu sur les ganglions dans les cancers de la langue. J'ai enlevé dans un cas des ganglions volumineux : le ganglion de l'omo-thyroïdien était énorme et on l'aurait cru envahi par le néoplasme. L'examen histologique fait par mon excellent interne M. Chevassu a montré que ce ganglion n'était pas néoplasique.

Pour ce qui est des avantages de mon appareil à donner le chloroforme, je ne pourrais qu'affaiblir ce qu'en a dit M. Quénu. Je me borne à le remercier.

M. Pozzi. — Je désire rappeler, dans notre Société, le nom de Krishaber, qui reste attaché à l'histoire de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

M. Poirier. — Mon ami Richelot a l'âme trop haute pour ne point me pardonner d'ignorer qu'il a préconisé autrefois la ponction laryngée. Je prie aussi MM. Reynier et Pozzi de m'excuser d'avoir attribué à Butlin une canule inventée par de Glower suivant Reynier, par Krishaber suivant Pozzi : le péché est véniel. D'autant que lorsque je suis allé trouver M. Collin en le priant de modifier quelque peu et d'aiguiser en trocart la canule que m'avait aimablement offerte le professeur Butlin, nous avons passé en revue les canules-trocarts très nombreuses qui existent dans sa collection : celle que je vous ai présentée ne diffère guère des autres; cependant, elle m'a paru posséder en propre : une courbure moins accentuée, des dimensions moindres et un manche qui en rend le maniement facile. Quénu, Faure, Sebileau n'ont point de tendresses pour la laryngotomie; je crains qu'ils n'aient été mal impressionnés par les insuccès de la trachéotomie, infiniment plus grave, et que je rejette avec eux.

Mon ami Quénu dit qu'après ligature des carotides externes, il n'est plus gêné par le sang, et qu'en appliquant l'appareil de Delbet (que j'ai le regret de ne point encore connaître), il voit clair dans la bouche de son opéré. Pour moi, bien que je fasse presque toujours la ligature des deux carotides externes, j'avoue que j'ai souvent été gêné par le sang que le malade crache en fines gouttelettes dans les mouvements de toux au cours des manœuvres buccales. Avec la laryngotomie, je suis tranquille, j'opère à mon aise un malade qui dort tranquillement; je vois bien ce que je fais; ma besogne me paraît meilleure; je suis plus satisfait. C'est pourquoi j'ai conseillé cette manœuvre inoffensive.

La ligature des carotides n'empêche pas complètement l'écoulement de sang par la plaie linguale. Il m'est arrivé assez souvent d'être obligé de mettre un fil dans la plaie sur une linguale qui donnait encore un faible jet, bien que j'eusse lié les deux carotides externes.

Sur la conservation de l'ovaire et de l'utérus.

M. Pierre Delbet. — Bien que la communication de Tuffier vise spécialement la conservation des ovaires et de l'utérus, on n'a pu passer sous silence les autres opérations conservatrices. C'est qu'il est en effet difficile de ne pas les envisager dans leur ensemble, non seulement pour les comparer, mais aussi pour tirer des unes des enseignements sur la valeur des autres.

Les opérations conservatrices appliquées au traitement des annexites sont de trois ordres.

Les unes ont pour but de conserver la fonction de reproduction — les autres conservent la menstruation — les dernières enfin conservent seulement la corrélation ovarienne. Je n'ai pas besoin de dire que l'on désigne sous ce nom, en biologie, l'influence que les organes exercent les uns sur les autres par ce qu'on appelle leur sécrétion interne.

Les premières opérations, celles qui ont pour but la reproduction, conservent l'utérus et au moins une trompe ou un ovaire. Les secondes conservent l'utérus et au moins un ovaire sans les trompes; ce sont celles que Tuffier a particulièrement visées. Les dernières, qui n'ont pour but que la corrélation, conservent un ou les deux ovaires sans les trompes ni l'utérus. Je n'ai pas besoin de rappeler que ces opérations ont été faites et qu'on a même fixé l'ovaire conservé dans la paroi abdominale pour en rendre l'ablation plus facile s'il devient douloureux.

Sur les premières, nous sommes tous d'accord en principe, mais pas du tout en pratique. Le principe, c'est que dans tous les cas où la reproduction est possible, nous avons le devoir d'en conserver la possibilité.

Mais en pratique, nous ne savons pas toujours quand la reproduction est possible. Sur ce point, nos opinions ne sont point identiques et par suite nos pratiques diffèrent. Et puis nous ne pouvons pas ne pas faire intervenir les douleurs. Des ovaires douloureux peuvent sécréter des ovules valables; des trompes sensibles peuvent leur livrer passage. Ainsi, dans les salpingites d'origine blennorragique, il n'est pas rare de rencontrer des annexes entourées d'adhérences filamenteuses lâches, sans que l'ovaire soit irrémissiblement altéré, sans que le pavillon de la trompe ait perdu ses franges. Les adhérences, les voiles néo-membraneux libérés, on retrouve un pavillon libre. Devons-nous conserver ces annexes? Devons-nous exposer la santé de la femme, on pourrait presque dire sacrifier son repos, car ces annexes sont douloureuses, pour conserver la possibilité d'une fécondation fort hypothétique? Ce sont là des problèmes délicats.

Plus délicate encore est la solution lorsque la trompe, sans être très malade, sans être distendue, a cependant son pavillon oblitéré. L'absence de distension prouve que l'isthme est libre; et d'ailleurs, nous savons que, même dans les salpingites graves, il est bien plus souvent encombré par des débris épithéliaux que fermé par une coalescence de ses parois. Devons-nous enlever ces trompes ou bien les conserver en rétablissant l'orifice abdominal par une salpingostomie?

Je n'ai fait qu'une opération de ce genre. Il s'agissait d'une femme qui avait un gros pyosalpynx du côté gauche. J'ai enlevé les annexes de ce côté. A droite, la trompe n'était point distendue, mais son orifice abdominal était complètement oblitéré.

La malade, qui désirait très vivement avoir des enfants, m'avait fait promettre de tout faire pour lui en conserver la possibilité.

Par une incision longitudinale, je rouvris l'infundibulum. Pour assurer la béance de cet orifice, je suturai la muqueuse au péritoine et pour faciliter la migration des ovules, je fixai sur l'ovaire l'extrémité externe de l'orifice ainsi obtenu. Je terminai par une hystéropexie.

Le résultat de cette intervention a été complet. La malade est devenue ultérieurement enceinte; elle a conduit jusqu'au bout une grossesse normale et elle a accouché à terme d'un enfant bien portant.

C'est un résultat qu'on n'obtient pas toujours. Il est même probable qu'on ne l'obtiendrait qu'exceptionnellement. Nous ne savons guère dans quelles proportions la salpingostomie permettrait la conception, mais il est très vraisemblable que cette proportion est trop minime pour qu'on puisse considérer cette opération comme imposée par un devoir moral. J'estime que pour le faire, on doit tenir compte du désir des malades, et pour ma part je ne la recommencerais que dans le cas où la femme, bien instruite de l'incertitude de son résultat et des inconvénients qui pourraient en résulter, persisterait à la réclamer.

Pourrait-on, chez une femme qui serait prête à courir tous les risques pour avoir des enfants, garder la trompe d'un côté et l'ovaire de l'autre. On sait que chez les lapines la fécondation est possible dans de telles conditions. En serait-il de même chez la femme? Pourrait-on, dans certains cas, fixer le pavillon de la trompe droite sur l'ovaire gauche ou réciproquement? Peut-être. Il faudrait des faits pour donner un intérêt à cette discussion.

J'arrive au cas où les deux trompes doivent être délibérément sacrifiées. Trois conduites sont possibles. Faire la castration totale, c'est la pratique la plus habituelle. Conserver l'utérus avec un ou les deux ovaires, c'est ce qu'a spécialement envisagé Tuffier. Enfin, sacrifier l'utérus avec les trompes en ne conservant qu'un ovaire. Je ne parle pas de conserver les deux. Comme il est parfaitement établi qu'un seul suffit à entretenir la fonction ovarienne, pourquoi conserver l'autre, qui ne pourrait être bon qu'à engendrer des douleurs?

Tuffier préconise la conservation de l'utérus. Cette conservation a-t-elle des avantages? A-t-elle des inconvénients?

Nos interventions pour salpingo-ovarites me semblent avoir passé par trois périodes.

La première période est celle des ablations un peu grossières avec ligatures en masse. Cet escamotage rapide laissait souvent un petit moignon de trompe attenant à l'utérus, et on a vu des collections se reproduire dans ce moignon. Les gros pédicules enserrés en masse étaient assez souvent sensibles.

Dans une seconde phase, on a enlevé les annexes en liant séparément les vaisseaux et en suturant par un surjet la section du ligament large. J'ai décrit cette technique en 1896 au Congrès de chirurgie. Avec une variante insignifiante, elle s'applique très bien à l'ablation de la trompe sans l'ovaire. Quand on a lié la terminaison de l'artère utérine au niveau de la corne de l'utérus et l'artère utéro-ovarienne, soit au niveau de son méso, soit entre l'ovaire et la trompe, il n'y a pas à craindre d'hémorragie de la part des petites artérioles qui montent vers la trompe.

Avec cette technique, on enlève la totalité de la trompe et même une partie de son isthme. J'ai recommandé, en 1896, de sectionner en coin la corne utérine, de donner un coup de thermo-cautère, et de suturer. C'est ce que fait mon ami Tuffier. Quand on procède ainsi, on n'a rien à craindre du côté du péritoine. Il ne persiste pas de douleurs au niveau de la corne utérine. Il n'y a pas de pédicules douloureux. Les résultats éloignés m'ont paru notablement améliorés.

Dans une troisième phase, nous avons enlevé l'utérus avec les annexes. J'ai l'impression que par cette hystérectomie les résultats éloignés ont été encore améliorés. Pour ma part, je ne vois plus de malades venant me dire qu'elles conservent une sensibilité abdominale. Toutes celles que je peux suivre ou que je rencontre me déclarent « qu'elles n'ont plus de ventre ». C'est pour cela que je ne me risquerais pas facilement à conserver l'utérus lorsqu'il faut enlever les deux trompes.

Sans doute la menstruation est conservée chez les femmes qui ont un ovaire et un utérus sans trompe. Cela prouve que les menstrues ne viennent pas de la trompe comme le croyait Lawson-Tait. Cela prouve encore que la théorie qui attribue la menstruation à la nidation n'est point exacte. Mais cela ne prouve pas que l'écoulement menstruel soit utile et un utérus qui n'est bon qu'à la menstruation ne me paraît pas un organe très désirable.

Peut-on affirmer que les menstrues, l'écoulement muco-sanguin qui vient de l'utérus ait un avantage ? Je ne le crois pas. Au temps où je faisais, comme tout le monde, l'ablation des annexes en laissant l'utérus, j'ai vu un certain nombre d'opérées qui sans ovaire avaient des hémorragies utérines, voire même

d'abondantes. Il ne m'a pas semblé que ces malades avaient moins de bouffées de chaleur que les autres. Sans doute, on m'objectera que ces écoulements n'étaient point des règles véritables. J'en conviens : mais on conviendra, en retour, qu'ils y ressemblaient assez, qu'ils en étaient assez voisins pour qu'un rapprochement soit autorisé.

La question qui se pose est d'ordre physiologique. L'écoulement menstruel joue-t-il un rôle important dans le maintien de l'équilibre organique, où bien n'est-il, comme le maintien de cet équilibre même, qu'un effet de la fonction ovarienne?

Dans la première hypothèse, la conservation de l'utérus a son importance. Dans la seconde, c'est l'ovaire seul qui joue un rôle, c'est l'ovaire seul qu'il faudrait conserver, s'il était démontré que sa conservation a moins d'inconvénients que son ablation.

Or, cela ne me paraît pas démontré — et c'est à ce point de vue que la discussion actuelle est intéressante.

Les résultats qui ont été apportés ici, ne me semblent pas encourageants. Beaucoup de malades ont souffert de l'ovaire laissé. Quelques-unes ont dû être réopérées.

Est-on autorisé, lorsque l'ablation des deux trompes est formellement indiquée, à faire courir aux malades le risque de ces douleurs persistantes, de ces opérations secondaires pour leur éviter les quelques ennuis de la castration totale? Je n'en suis pas sûr.

Je n'en suis pas sûr, parce que ces ennuis ne m'ont jamais paru très pénibles et qu'ils sont transitoires.

Hégar a déclaré en 1878 que la castration n'altère point le type féminin et cela est parfaitement exact. Il s'agit, bien entendu, de castrations faites après la puberté, chez des adultes. L'habitus extérieur n'est pas modifié. Je n'ai vu qu'une seule malade qui ait engraissé d'une façon un peu excessive. Encore bien des femmes pourvues de leur utérus et de leurs ovaires pourraient-elles lui rendre des points. Il n'y a de modifications ni du côté des poils, ni du côté de la voix. Je ne puis qu'indiquer ces différents points que j'ai étudiés dans la pathologie générale de M. le professeur Bouchard.

Le seul trouble qu'on observe à peu près constamment chez les malades qui sont castrées en pleine activité génitale, consiste en bouffées de chaleur. Parfois insignifiantes, dans certains cas fréquentes et pénibles, je ne les ai jamais vues telles qu'elles entravent la vie des opérées ou les empêchent de travailler. On les atténue notablement et dans bien des cas, on les supprime en administrant de bonnes préparations d'ovaires, ce qui prouve encore, entre parenthèses, qu'elles ne sont pas dues à la suppression de l'écoulement menstruel. Elles vont en diminuant de fré-

quence et d'intensité et finalement disparaissent au bout de quelques mois ou de quelques années, suivant que les malades ont été opérées au voisinage de la ménopause ou très jeunes.

Messieurs, cette esquisse des conséquences de la castration totale, je l'ai tracée d'après ce que j'ai vu. Tant que ces conséquences ne seront pas plus pénibles, et il n'y a pas de raisons pour qu'elles deviennent plus pénibles d'une part; d'autre part, tant que la conservation des ovaires ne donnera pas de meilleurs résultats que ceux qui nous ont été apportés ici, je ne me croirai pas autorisé à tenter cette conservation.

Ce que les malades nous demandent avant tout, c'est de ne plus souffrir et de pouvoir mener la vie correspondant à leur état social et je ne crois pas avoir le droit, pour leur éviter de petits ennuis qui ne les empêchent pas de mener la vie normale et qui sont transitoires, de les exposer, dans une notable proportion, à la persistance de douleurs qui sont parfois assez vives pour nécessiter une seconde intervention.

Sur la pneumotomie.

M. Broca. — Il y a certainement des cas où, malgré la netteté de vomiques abondantes, il n'existe pas dans le poumon une seule grosse cavité, mais bien des dilatations bronchiques multiples, et si, quoiqu'on n'ait pas trouvé une grande poche à drainer, quelques faits paradoxaux prouvent que dans ces conditions la pneumotomie peut être sinon curative, au moins très améliorante, il est évident que la plupart du temps, la chirurgie doit y être impuissante. C'est ce que j'ai constaté très nettement, en 1896, sur un garçon de neuf ans et demi, chez lequel j'ai refusé d'opérer une hernie en raison d'accidents pulmonaires pour lesquels je l'ai vu — et opéré — de concert avec M. Queyrat d'abord, avec M. Comby ensuite. Son observation est publiée par Comby (*Traité des maladies de l'enfance*, 2e éd., t. II, p. 354) et je n'ai qu'à la compléter ici par quelques détails chirurgicaux.

L'aspect du garçon était celui d'un phtisique caverneux, mais le bacille de Koch ayant été plusieurs fois cherché, en vain, Queyrat expliqua les signes cavitaires évidents, par une pleurésie interlobaire; mais Comby diagnostiqua une dilatation bronchique.

Je réséquai deux côtes, trouvai un poumon gris, adhérent, que j'ouvris au thermocautère, et j'arrivai dans un tissu spongieux d'où coula une faible quantité de pus très fétide. A la sonde can-

nelée j'explorai, mais je ne pénétrai dans aucune collection proprement dite; malgré cela, l'amélioration fut grande et pendant quelques jours l'enfant ne cracha plus. Mais la plaie se cicatrisa rapidement et les vomiques recommencèrent. Un mois plus tard, sur l'avis de Comby, j'opérai de nouveau au niveau d'un deuxième point soufflant, plus bas et plus en dedans. Même résultat anatomique et, cette fois, résultat opératoire nul. L'enfant, quelques semaines après, a quitté l'hôpital dans l'état où il y était entré.

Aujourd'hui, après ce que nous a raconté M. Delbet, je laisserais mes drains longtemps en place, au lieu que je les ai retirés vite, parce que d'après ce que j'avais trouvé dans le poumon, leur rôle me semblait nul. Car on ne comprend guère comment le drainage d'une bronchiole coupe court à une vomique énorme. Mais les faits sont là, et nous devons les enregistrer jusqu'au jour où nous serons en mesure de les expliquer.

Il y a quelques mois, M. Guillemot m'a fait opérer une fillette parvenue au dernier degré de la cachexie et qui a succombé pendant l'opération : les lésions constatées pendant la pneumotomie étaient identiques à celles du cas précédent.

Kyste hydatique de la face convexe du foie traité par la voie transpleurale, avec suture sans drainage.

M. Guinard. — A l'occasion de la communication de M. Delbet dans une de nos dernières séances, sur la cure des kystes hydatiques de la face convexe du foie, je désire apporter ici deux observations qui me paraissent intéressantes.

Je n'insisterai pas sur la première, que je cite seulement comme exemple typique pour démontrer l'excellence du traitement moderne des kystes hydatiques.

Il s'agit d'une couturière de vingt-cinq ans, Marie B..., qui vit dans l'intimité d'un petit chien à poils longs. Je la vois en février 1905 dans mon service de Saint-Louis, avec une saillie fluctuante au-dessous des fausses côtes droites. Le foie est énorme et bascule en avant dans la fosse iliaque. Le 15 février, je fais une incision le long des fausses côtes droites. Le gros trocart de Potain donne issue à 2 litres de liquide clair; j'injecte 500 grammes de la solution formolée au centième et j'attends cinq minutes avant de faire à nouveau l'aspiration. Le bistouri incise ensuite le foie sur la face convexe, et j'extrais en entier une énorme poche sans vésicules-filles, avec une paroi interne grenue. Je fais ensuite

une suture de la poche en deux plans, comme pour une suture gastro-intestinale, sans chercher à capitonner. Cette malade, que j'ai revue hier, n'a pas eu le moindre accident à la suite de l'intervention. Je pourrais citer plusieurs observations analogues, en particulier celle d'un professeur du Conservatoire que j'ai opéré de même sans incident il y a plus de deux ans. Mais je n'insiste pas, car je pense bien que cette pratique est maintenant généralisée, et que le capitonnage ne se fait plus guère.

Mais voici ma seconde observation, qui est plus intéressante. Une corsetière de vingt et un ans, Ch. H..., entre le 11 juin 1904 dans mon service de Saint-Louis. Il y a huit mois, cette jeune femme a été opérée par un de nos jeunes collègues des hôpitaux pour un kyste hydatique du foie qui faisait saillie dans le ventre. La poche a été incisée, marsupialisée et drainée : la fistule a persisté pendant trois mois. Elle me revient avec une récidive de kyste hydatique sur la face convexe. Le bord tranchant du foie se sent à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes. La tumeur remonte au-dessus du mamelon. Je l'aborde par la voie transpleurale. Je résèque à partir de trois travers de doigt de l'épine dorsale, 10 centimètres de la 10e côte. J'incise la plèvre pariétale et je la suture en collerette à la plèvre diaphragmatique. Un léger pneumo-thorax se produit pendant cette manœuvre. J'incise ensuite le diaphragme et je le fixe au foie par une collerette de catgut. La ponction extrait alors un peu plus d'un litre de liquide eau de roche, et je laisse alors dans la poche pendant cinq minutes 300 grammes de la solution formolée au centième. J'incise ensuite le foie au bistouri, et après une traversée d'un centimètre environ, j'arrive sur la poche que j'extrais en totalité, sans vésicules-filles. Je termine (sans grattage, ni curettage, bien entendu), par une suture au catgut de l'incision hépatique, et je ne fais pas de drainage. La malade quittait l'hôpital trois semaines après, mais y revenait au mois d'août, en se plaignant qu'elle s'était une nuit sentie inondée dans son lit, et qu'il était sorti du liquide vert par un point de sa cicatrice. Ce point se ferme spontanément, sans incident en quelques jours sous un pansement aseptique. En octobre 1904, la malade revient avec une voussure aussi prononcée que lors de son opération du 15 février. Je fis alors une ponction aspiratrice, et je pus extraire plus d'un litre de bile pure, claire et transparente. La malade rentra chez elle, et ce matin même j'ai eu de ses nouvelles par son mari : elle est restée complètement guérie depuis dix mois. Cette cholerragie dans une poche suturée est intéressante à connaître; et j'insiste en terminant sur la facilité de la guérison de cet épanchement de bile, par une simple ponction. On pourrait

invoquer cet accident en faveur du capitonnage; mais la simplicité de la guérison par une simple ponction ne permet-elle pas de négliger cette complication rare et de se passer sans crainte du capitonnage?

Quant à l'injection formolée, je suis bien décidé à la faire toujours, car on n'est jamais sûr que toutes les hydatides sont mortes, quelle que que soit la couleur du liquide, et elle ne complique en rien l'opération.

M. Bazy. — Je déposerai sur le bureau une observation de cholerragie à la suite du traitement par occlusion d'un kyste hydatique du foie. Je la résume, me réservant de donner l'observation complète dans le prochain Bulletin.

Il s'agit d'une femme entrée dans mon service pour un énorme kyste hydatique du foie.

Je l'ai opérée par voie antérieure. J'ai ponctionné le kyste, j'ai incisé la paroi, j'ai formolé; et comme il s'agissait d'un énorme kyste qui devait avoir contracté des rapports avec la veine cave, la veine porte, l'aorte, je n'ai pas osé (et je crois que cela n'eût pas été prudent) capitonner. J'ai toutefois fermé par un seul rang de sutures; mais j'ai pensé devoir mettre au contact de cette suture un drain, pour le cas où il surviendrait quelque incident. Or, vers le huitième jour, le pansement fut souillé par une énorme quantité de bile. Je mis le drain dans la cavité kystique et la malade guérit peu à peu par oblitération de la cavité.

M. Arrou. — J'ai observé un cas identique à celui que vient de nous rapporter M. Bazy. Il s'agissait d'un garçon de trente ans, qui se présenta à l'hôpital Saint-Antoine, pendant les vacances de 1903, avec tous les signes d'un kyste hydatique du foie. La tumeur faisait saillie à droite, au-dessous des fausses côtes, et offrait l'apparence d'une vésicule distendue. Après laparotomie latérale, je ponctionnai cette poche, l'ouvris plus largement, et en retirai la membrane interne. Il n'y avait pas de vésicules-filles. Aucune injection, aucun attouchement particulier, pas de capitonnage, mais seulement un plan de sutures au catgut sur l'orifice créé, lequel siégeait au-dessus du bord antérieur du foie, et très près de ce bord. Suture pariétale en un plan, sans drainage.

Tout alla bien. Mais la première semaine ne s'était pas écoulée, que notre homme nous signalait quelque chose d'anormal dans son pansement. Ce « quelque chose » était tout simplement un écoulement biliaire, qui se produisait entre deux points de suture, et n'avait été précédé d'aucune douleur, d'aucune élévation de la

température. Je logeai un drain court au centre de ma suture, et fis un pansement quotidien. Trois semaines après, tout était terminé, l'écoulement tari, la plaie réunie sans désunion. C'est le seul incident que j'aie noté à la suite du traitement moderne des kystes, méthode que j'ai employée plusieurs fois, et dont je me déclare très satisfait.

M. Broca. — Deux fois l'an dernier, une fois il y a deux ans, j'ai opéré chez des enfants des kystes du foie qui ont été suivis d'une fistule biliaire tardivement ouverte, alors qu'au moment de l'incision le liquide était parfaitement clair. Mais chez ces trois malades, une fois la membrane enlevée, j'avais vu sur la paroi fibreuse une traînée d'un brun jaunâtre qui m'avait paru suspecte, en sorte que j'avais marsupialisé au lieu de capitonner et de fermer complètement, comme je le fais depuis les communications de Delbet.

M. Routier. — Je croyais la méthode de Delbet pour le traitement des kystes hydatiques tellement passée dans notre pratique à tous, que je n'avais jamais songé à communiquer les cas que j'ai eus à soigner depuis ceux que j'avais présentés à l'appui de l'efficacité de sa méthode.

Puisqu'on cite encore des faits, permettez-moi de rapporter ici trois cas récents de gros kystes hydatiques du foie, dont un très volumineux et de la face convexe que j'ai cependant attaqué par la voie antérieure.

J'incise le foie ou le kyste suivant que celui-ci est profond ou superficiel. Je n'ai pas injecté de formol, je vide le kyste par une incision, j'extrais la membrane germinative, je suture les bords de la plaie et je referme l'abdomen sans drainage. J'ai toujours vu guérir mes malades rapidement sans accident, très heureux d'être délivré ainsi de ces longues suppurations avec souvent fistules biliaires que nous voyions quand nous faisions la marsupialisation.

Rapport.

Du rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme.

Rapport de M. BAZY.

Dans la séance du 17 mai dernier, je vous ai communiqué trois nouvelles observations de rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme.

Cette publication m'a valu une lettre du Dr Sikora (de Tulle) qui l'accompagnait de l'envoi d'une observation, qu'il m'a prié de déposer sur le bureau de la Société, et sur laquelle vous m'avez chargé de faire un rapport.

L'observation du Dr Pierre Sikora (de Tulle), est intitulée : *Rétrécissements congénitaux de l'urètre suivis de rétention aiguë d'urine à la suite d'une laparotomie pour appendicite.*

Il s'agit d'un enfant de dix ans, opéré à froid après une deuxième crise d'appendicite. Le Dr Sikora trouva les anses intestinales adhérentes entre elles et à l'épiploon et au pelvis.

Les suites opératoires furent normales et le malade partait guéri vingt-deux jours après l'intervention. Mais pendant les quatre jours qui suivirent l'opération, l'opéré dut être sondé régulièrement. C'est à cause de ces cathétérismes que le Dr Sikora eut à s'occuper de son urètre.

Il constate tout d'abord un hypospadias glandulaire. En introduisant une bougie à boule n° 7, il rencontre un premier rétrécissement à l'extrémité postérieure de la fosse naviculaire (ou dans le point où elle devrait être) ; un deuxième très net aussi vers le milieu de la région pénienne, et enfin, un troisième situé dans la région bulbaire qu'il ne put franchir qu'avec une sonde n° 5, qui lui donna la sensation de trois ressauts.

Le Dr Sikora put passer des bougies dilatatrices jusqu'au n° 12. Il ajoute que l'enfant n'a jamais subi aucun traumatisme périnéal, et il n'a jamais eu d'incontinence nocturne.

Il est évident que, dans ce cas, il s'agissait de malformations multiples qui paraissent avoir eu pour siège le tubercule urogénital plutôt que de valvules résultant de la persistance partielle de la membrane cloacale. Ces malformations coïncidaient du reste avec une ectopie inguinale du testicule droit.

A ce sujet, permettez-moi de vous rapporter un nouveau cas d'atrésie congénitale par persistance partielle de la membrane cloacale, que j'ai observé chez un homme de vingt-quatre ans

venu dans mon service me consulter pour des troubles de miction qui me permirent de diagnostiquer une pyélite.

Le malade, porteur de ce rétrécissement congénital, était en outre atteint de l'incontinence nocturne d'urine que j'ai donnée comme un symptôme du rétrécissement congénital; il est vrai qu'ici on pourrait l'attribuer à la pyélite. Mais le nombre des mictions ne me paraît pas suffisant pour expliquer l'incontinence : il est vrai que les deux s'associant peuvent aboutir plus facilement à cette incontinence.

J'appelle en outre l'attention sur ce fait que le malade avait une ectopie inguinale du testicule ; par conséquent, un vice de conformation extérieur qui pouvait expliquer et justifier le vice de conformation caché dans l'urètre.

Au demeurant, voici cette observation :

Rétrécissement congénital de l'urètre. Ectopie inguinale et atrophie du testicule droit. — L..., vingt-quatre ans, garçon de pharmacie, entré le 15 juin 1905.

Antécédents personnels. — Le malade n'a jamais eu de blennorragie, jamais eu d'échauffement. Il n'a jamais reçu de coup, n'est jamais tombé à califourchon.

Il y a trois mois, et sans cause apparente, il pissa du sang, en deux fois, un plein verre chaque fois. Le sang était entièrement mélangé à l'urine.

Il urinait toutes les demi-heures le jour; se levait dix fois la nuit.

Etat actuel. — Actuellement, et depuis deux mois et demi, il est forcé de pousser très fort pour uriner, il pisse couché et en comprimant sa vessie qui est du reste visible à la simple inspection. Les efforts de miction font même expulser des matières par son rectum.

Il n'a pas d'interruption de jet.

La miction est douloureuse, surtout la fin.

La secousse n'augmente pas la douleur.

Il pisse à peu près toutes les deux heures le jour; se lève trois fois la nuit; pisse quelquefois au lit en dormant (deux ou trois fois depuis un mois).

Les urines sont troubles.

Son testicule droit est atrophié et situé à l'orifice inguinal.

Exploration. — Le 20 est arrêté dans la région périnéale moyenne.

Le 17 est arrêté dans la région périnéale moyenne.

Le 13 passe avec ressaut.

Toucher rectal. — Rien d'anormal.

Mensuration (verge non tendue). — Du méat au rétrécissement, 13 cent. 1/2; longueur de l'urètre antérieur, 16 cent. 1/2.

En terminant, je vous prie de remercier M. Sikora pour l'envoi de son observation, et de la déposer dans nos archives, celle-ci étant suffisamment résumée dans mon rapport.

M. Moty. — Je voudrais rapporter une observation très incomplète que j'ai pu faire à Constantine, il y a vingt ans, sur un jeune garçon de six à huit ans qui me fut amené par sa mère. Il se mettait à sauter de toutes ses forces à plusieurs reprises pour annoncer sa miction chaque fois qu'il sentait le besoin d'uriner. Je réussis à passer une fine bougie qui produisit une très grande amélioration, et je perdis l'enfant de vue.

Communications.

Hypertrophie partielle des muscles striés,

par M. A. MIGNON.

Je voudrais vous parler d'une affection musculaire, sans gravité, assez rare, qui donne lieu à des méprises de diagnostic et dont je n'ai pas trouvé de description dans les auteurs.

Je la désignerai par son caractère le plus évident, puisque je n'en puis préciser la pathogénie ; et je l'appellerai : hypertrophie partielle des muscles striés.

Elle est à peu près au tissu musculaire ce que le lipome diffus est au tissu cellulo-graisseux : une boule de fibres striées dans un muscle strié.

J'ai vu cette lésion dans la partie supérieure des muscles jumeaux, dans le soléaire et dans le masséter droit.

Quand on examine le muscle atteint, dans l'état de relâchement, on ne voit pas grand chose. Il y a bien cependant une légère augmentation de volume, mais celle-ci est plutôt appréciable par comparaison qu'en soi-même. L'altération pathologique n'est nettement évidente que pendant la contraction du muscle. Alors apparaît la boule à laquelle je faisais allusion tout à l'heure. C'est une véritable tumeur, à peu près ovoïde et à grand axe dans le sens de la direction des fibres du muscle aux dépens duquel elle est développée. Son volume varie entre un œuf de pigeon et un œuf de poule. Sa consistance est celle du muscle contracté et elle donne, comme celui-ci, à la palpation, la fausse sensation de la fluctuation. Elle fait partie intégrante du muscle, n'a pas de limite bien nette et soulève les téguments qui restent mobiles sur elle, comme si le muscle intéressé était le siège d'une tumeur ou d'un abcès. Dès qu'on dit au malade de cesser la contraction du muscle, la tumeur disparaît à peu près et, chose importante, ne

laisse subsister aucune altération appréciable au toucher, je veux dire ni noyau induré, ni paroi d'une collection liquide.

La lésion est un peu douloureuse et produit assez de gêne pour obliger le malade à consulter le médecin. Son volume avait amené chez le jeune homme qui présentait l'hypertrophie du masséter une déformation de la face qui était pour beaucoup dans la demande d'intervention par le malade.

L'hypertrophie musculaire partielle cause parfois des surprises de diagnostic.

Localisée de préférence à la partie supérieure des muscles jumeaux, elle a été prise quelquefois pour des kystes séreux du creux poplité. J'ai vu dans le service de M. Delorme, un jeune soldat entré pour un kyste du jarret, dont les fibres du jumeau ont été dissociées pour atteindre une tumeur cliniquement appréciable et anatomiquement introuvable.

Le Pr Poncet a fait présenter à la Société des sciences médicales de Lyon, le 22 mars 1905, par M. Delore, un homme de trente ans qui était entré vingt jours auparavant à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de kyste du creux poplité. L'opération, pratiquée avec ce diagnostic, a démontré que la tumeur n'était constituée en réalité que par une hypertrophie du jumeau interne.

Mon maître, M. le médecin inspecteur général Robert, a opéré devant moi, en 1897, un jeune sous-lieutenant entré dans son serservice pour une tumeur de la région massétérine droite. La tumeur présentait les caractères que je viens d'attribuer à la lésion musculaire en cause; et les diagnostics les plus divers avaient été posés, depuis le kyste hydatique du muscle jusqu'à la tumeur maligne de la branche montante du maxillaire inférieur. Les recherches les plus attentives en avant, au-dessous et dans la continuité du muscle ne purent amener la découverte de la plus petite production anormale, pendant l'opération subie par le malade.

Cependant, quand l'attention de l'observateur est attirée, le diagnostic des hypertrophies musculaires partielles reste possible.

J'ai fait sortir, il y a deux ans, de mon service, sans l'opérer, un homme qui avait été envoyé pour un kyste séreux du creux poplité et qui ne présentait certainement pas autre chose qu'un développement anormal des fibres du jumeau interne.

J'ai traité plus récemment un autre malade dont je vous demande la permission de vous résumer l'observation, puisque celle-ci est la base de cette communication.

G..., jeune soldat, âgé de vingt-deux ans, ressentit dans le courant de janvier de cette année, à la suite d'une marche militaire, de la douleur à la partie inférieure et interne du mollet gauche et cons-

tata à ce niveau le développement d'une petite tumeur. La douleur s'exagéra au point d'empêcher la marche, voire même parfois le sommeil.

Il y avait peu de déformation appréciable de la jambe dans le relâchement des muscles ; mais la contraction du triceps sural faisait apparaître, à mi-jambe, en arrière du tibia, et à la partie inférieure de la masse charnue du soléaire, une tumeur ovoïde, d'une longueur de sept, sur une largeur de cinq centimètres, à grand axe oblique en bas et en arrière, dans la direction même des fibres du muscle soléaire.

Cette tumeur était sous-aponévrotique, et appartenait manifestement au muscle, puisqu'elle disparaissait dans le relâchement du soléaire pour reparaître dans sa contraction. Son développement pendant l'action du muscle rappelait le relief des segments supérieurs des ruptures musculaires.

Bien des diagnostics furent faits par les médecins qui ont examiné le malade.

Je crus personnellement pouvoir m'arrêter à l'hypothèse d'une hypertrophie partielle du soléaire, tant l'affection me rappelait ce que j'avais déjà vu dans le jumeau interne et le masséter.

Je proposai au malade, qui était préoccupé de son état, de l'opérer et de lui enlever sa tumeur. Si mon diagnostic était erroné, je lui faisais une opération utile pour l'avenir ; s'il était justifié, je le débarrassais d'une lésion qui l'inquiétait par l'incertitude de sa signification pronostique,

Je suis intervenu le 7 avril. J'ai incisé le tégument sur une longueur de 8 centimètres et dans le grand axe de la tumeur. J'ai reconnu l'intégrité de l'aponévrose et mis à nu le muscle soléaire dont les fibres étaient d'apparence normale. Le malade qui n'était pas endormi fit saillir à travers l'incision aponévrotique la portion du muscle qui était exubérante et j'incisai cette portion, comme une tranche de melon, par une incision elliptique. La coupe du muscle ne présenta rien d'anormal. L'hémorragie fut facile à arrêter par tamponnement.

Je rétablis le rapprochement des tissus en suturant successivement la tranche musculaire, les lèvres de l'aponévrose et les lèvres cutanées. Le malade sortit le 6 mai du service, n'ayant plus ni tuméfaction, ni douleur dans la jambe (1).

Je n'ai pas laissé passer l'occasion de faire examiner histologiquement la portion de muscle que j'ai excisée. Mon collègue, M. Lemoine, a bien voulu se charger de cet examen et voici la note qu'il m'a remise :

(1) Je l'ai revu aujourd'hui : il reste parfaitement guéri.

La petite tumeur est constituée par du tissu musculaire pur. Les coupes longitudinales faites dans le sens des fibres montrent des faisceaux de fibrilles unies par du tissu conjonctif et présentant une série de noyaux allongés dans le sens longitudinal. Les fibrilles offrent une striation normale. Les faisceaux principaux sont unis entre eux par un tissu conjonctif lâche formé de faisceaux de fibrilles conjonctives, avec cellules conjonctives. Il n'y a pas de tissu adipeux. En aucun point on ne rencontre de signes de dégénérescence ou d'amas de cellules embryonnaires. En résumé, tissu musculaire strié absolument normal.

Le traitement de ces hypertrophies musculaires partielles ne peut pas être réglé avec les quelques faits que je vous apporte.

J'ai enlevé la tumeur du malade G... parce qu'elle était facile à circonscrire; mais il y a des cas où l'hypertrophie est moins nettement limitée et où le médecin consulté n'aura qu'à rassurer le malade sur la bénignité de son affection.

— La question de la pathogénie se présente naturellement à l'esprit.

Quelle est la cause de cette hypertrophie?

On ne peut guère admettre que l'influence d'une suractivité physiologique du muscle avec une répartition inégale du développement de ses fibres pendant son accroissement de volume.

C'est une notion de physiologie banale qu'un muscle qui travaille augmente de volume.

Il se peut que, sous une cause inconnue, quelques groupes de faisceaux musculaires se développent plus que les autres.

Cette hypothèse est rendue vraisemblable par les conditions d'apparition et le siège des hypertrophies partielles.

La lésion a été observée surtout chez des jeunes gens soumis à des excès de marche et dans les muscles jumeaux et soléaire qui travaillent le plus pendant la marche. Elle ne siège pas loin des surfaces d'insertion périostique des fibres musculaires, comme les grandes déchirures traumatiques des muscles qui sont la conséquence de leur maximum de contraction.

De nouveaux faits éclaireront peut-être cette petite question de pathologie.

M. Potherat. — J'ai une observation à ajouter à celles que vient de nous communiquer M. Mignon.

Il s'agit d'une jeune femme de quarante-trois ans qui se plaignait d'une douleur localisée au niveau du bord antérieur de l'aisselle droite, douleur coïncidant, disait-elle, avec la présence d'une petite grosseur.

J'avais déjà opéré deux fois cette malade : je lui avais ouvert

les deux genoux; d'un côté, j'avais enlevé des masses dures de la synoviale, masses conjonctives développées autour de noyaux tuberculeux; de l'autre, j'avais extirpé un volumineux lipome arborescent.

En raison de ces antécédents, je pensais de prime-abord qu'il y avait probablement là un ganglion tuberculeux de l'aisselle. Or, à l'examen, je ne pus trouver de ganglion; je ne sentis même pas, à une première inspection, de grosseur d'aucune sorte. Mais la malade ayant volontairement contracté son grand pectoral, je sentis nettement une petite boule fusiforme à grand axe, parallèle aux fibres du grand pectoral; cette boule siégeait dans le bord axillaire du muscle; elle n'était dure et appréciable que pendant la contraction volontaire du muscle; je ne parvenais pas à la sentir dans le relâchement musculaire.

En présence de l'insistance de la malade et du peu d'importance de l'opération, je fis une incision le long du bord axillaire du grand pectoral; j'arrivai sur le muscle, j'incisai les fibres, et, à mon grand étonnement, je ne trouvai aucune tumeur véritable. J'excisai toute la partie du muscle au niveau de laquelle j'avais senti la tuméfaction dure, puis je refermai totalement la plaie.

La masse enlevée examinée n'a montré partout que du muscle strié, sans aucune altération appréciable. Pour répondre à l'opinion de M. Mignon qui, sans rien affirmer sur l'étiologie de cette lésion, semble invoquer l'importance, la fréquence ou l'intensité des contractions musculaires, je dirai que ma malade se trouvait dans des conditions toutes différentes quand je l'opérai, il y a environ deux ans. Elle était religieuse contemplative. Depuis lors, son couvent ayant été fermé, elle est obligée de travailler pour gagner sa vie. Je l'ai rencontrée il y a peu de jours et, l'ayant interrogée sur les résultats de mon intervention, elle m'a déclaré qu'elle ne ressentait plus aucune douleur, aucune gêne au niveau de son grand pectoral.

M. Poirier. — J'ai écouté avec beaucoup d'attention la communication de M. Mignon qui conclut à l'introduction d'une nouvelle espèce ou seulement variété dans le cadre nosologique. Une phrase m'a frappé : ces tumeurs, dues à une hypertrophie musculaire, ne se montrent que dans l'état de contraction du muscle; dans l'état de résolution, on n'en trouve plus trace. Or, il n'en saurait être ainsi s'il y avait tumeur par hypertrophie réelle : le volume du muscle serait modifié dans tous les états de celui-ci. J'incline à penser que dans les cas observés par M. Mignon, il s'agissait de rupture musculaire; l'observation dernière relative à une tumeur siégeant dans le jumeau me paraît assez démonstrative : la tu-

meur survint après un exercice du muscle, et le jumeau est un muscle creusé de canaux veineux, dans lequel les ruptures sont fréquentes. Lorsque un ou plusieurs faisceaux des muscles ont été rompus à l'une de leurs insertions ou dans leur continuité, ils se rassemblent en boule, lors de la contraction du muscle et peuvent donner le change pour une tumeur.

M. F. Legueu. — Je voudrais demander à M. Mignon comment il a distingué ses tumeurs de ce qu'on a appelé les hernies musculaires.

J'ai vu une fois un malade qui présentait au bras, sur le biceps, une tumeur ayant les mêmes caractères que celles observées par M. Mignon. J'ai opéré, n'ai rien trouvé que du muscle, ai refermé.

J'avais constaté cependant, sur le tendon du biceps, une cicatrice, et j'ai appris après l'opération que ce malade avait eu à vingt ans, une rupture du tendon du biceps; à la suite et longtemps après était apparue la tumeur que j'avais été appelé à opérer, et que j'ai classé dans le cadre des hernies musculaires.

M. Hartmann. — La réponse à la question de M. Tuffier est bien simple. Contrairement à ce qu'il pense, dans la hernie musculaire la tumeur disparaît par la contraction du muscle; elle augmente dans le cas de M. Mignon; la lésion n'est donc pas une hernie musculaire.

M. Pierre Delbet. — Je voulais rapporter une observation qui ressemble tellement à celle dont vient de parler mon ami Legueu, que je suis tenté de croire que c'est la même, d'autant plus que c'est à la même époque que j'ai observé le malade. S'il s'agissait du bras droit dans le cas de M. Legueu, c'est sûrement le même.

M. Legueu. — C'était bien le bras droit.

M. Pierre Delbet. — Alors, je n'ai rien à dire, car il ne me paraît pas douteux qu'il s'agisse du même malade.

L'interprétation qui vient d'être donnée d'une rupture musculaire ne me paraît pas exacte. Mon maître Farabeuf nous a enseigné qu'un muscle déchiré qui se contracte ne durcit pas. Le durcissement est fonction du travail. Quand il n'y a pas de travail produit, le muscle change de forme mais non de consistance. Je serais plutôt tenté d'interpréter le cas dans le sens des hernies musculaires.

M. Michaux. — Il me semble que les faits rapportés par M. Mignon se rapprochent beaucoup des faits que j'ai rapportés autrefois à propos des ruptures musculaires. J'ai opéré il y a une dizaine d'années, à l'hôpital Beaujon, des malades atteints de rupture musculaire avec tous les caractères signalés par M. Mignon.

Je ferai remarquer, à ce propos, que les faits de hernie vraie sont excessivement rares, tandis que, dans presque tous les cas, il s'agissait de ruptures musculaires avec amincissements aponévrotiques, et, pour ma part, j'aurais grande tendance à admettre de préférence l'interprétation de mon collègue Poirier.

M. Guinard. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Poirier et je pense, comme M. Michaux, que les apparences d'hypertrophies partielles d'un muscle sont presque toujours, sinon toujours, dues à des ruptures musculaires. M. Delbet nous dit qu'en cas de rupture, un muscle ne durcit pas pendant la contraction : je crois qu'il y a là une erreur : j'ai expérimenté sur les animaux et j'ai vu constamment que les extrémités d'un muscle coupé s'éloignent plus ou moins les unes des autres pendant la contraction du muscle, mais durcissent toujours. Quant aux hernies musculaires, on n'arrive pas à en produire, même quand on fait sur les muscles de larges brèches aponévrotiques. Je n'insiste pas davantage et je renvoie pour les détails de mes expériences à un mémoire que j'ai publié en 1888 sur ce sujet, dans la *Gazette hebdomadaire*.

M. Pierre Sebileau. — Il y a longtemps que la physiologie a tranché ce petit débat. Un muscle qui se contracte change de forme et de consistance (quand il n'est pas séparé de ses attaches), mais pas de volume. Il devient dur et paraît grossir considérablement. En fait, son volume ne change pas ou diminue très légèrement. Personne n'a oublié l'expérience de la boîte remplie d'eau à laquelle s'adapte un tube témoin et dans laquelle on place des fragments musculaires encore vivants et contractiles.

M. Moty. — Je viens d'avoir dans mon service un employé de ministère atteint d'asphyxie locale du bras droit, et présentant dans le creux poplité et à la face postérieure de la cuisse gauche deux petites tumeurs élastiques qui me laissèrent quelque temps dans le doute; puis remarquant que ces tumeurs disparaissaient complètement dans le relâchement musculaire, j'ai demandé à mon malade s'il n'avait jamais eu d'accident, et il me répondit aussitôt qu'il avait fait une chute de bicyclette deux ans auparavant, et que c'était à la suite de cette chute qu'étaient apparues ses

tumeurs. Sachant qu'une intervention serait sans doute inutile, je me contentai de rassurer mon malade.

M. MIGNON. — Les diagnostics de hernie et de rupture musculaires avaient été portés.

Le premier diagnostic avait été rejeté pour les raisons données par M. Hartmann; et l'opération a montré que l'aponévrose était résistante.

Le deuxième diagnostic a motivé une recherche attentive de l'état des fibres musculaires du soléaire au niveau de leur attache au tibia. Aucune altération n'a été constatée.

M. POIRIER. — Je ne pense pas qu'il soit possible, au cours d'une opération, de se livrer à une dissection assez minutieuse pour nier l'existence d'une rupture qui n'aurait porté que sur quelques faisceaux musculaires.

Présentations de malades.

M. KIRMISSON présente un malade atteint de lymphosarcome de l'aisselle traité sur sa demande par M. Doyen et chez lequel il n'y a aucune amélioration.

Myosarcome de la vessie prolongé à l'utérus. Hystérectomie, cystectomie partielle. Guérison.

M. J. ALBARRAN. — J'ai l'honneur de vous présenter une femme âgée de vingt-sept ans que j'ai opérée il y a neuf mois d'un myosarcome de la vessie.

Mariée depuis deux ans, cette femme accoucha de deux jumelles au mois d'août 1904; elle eut à la suite des accidents infectieux et, la fièvre déjà passée depuis quelques jours, son médecin l'envoya à Dubois pour une salpingite qui se serait développée depuis les couches.

La malade entra dans mon service le 18 octobre. Je constatai que l'utérus était un peu gros et mobile : du côté droit, séparée de l'utérus par un sillon très net, on sentait une masse de la grosseur d'une petite orange paraissant faire corps avec l'utérus et

s'être développée dans le ligament large. La tumeur était arrondie, de consistance ferme, non douloureuse au palper, mobile d'avant en arrière, sans mobilité latérale.

Le 25 octobre, je pratiquai la laparotomie. Ayant constaté que le fond de l'utérus adhérait à la vessie, mais qu'on pouvait passer le doigt au-dessous de la portion adhérente, je commençai par séparer les deux organes : pour ce faire il me fallut couper dans un tissu grisâtre, d'apparence néoplasique. Je fis alors l'hystérectomie sus-vaginale et j'examinai la vessie. Je constatai sur la paroi postérieure de l'organe, dépassant un peu la ligne médiane du côté gauche et s'étendant davantage à droite, une tumeur de la grosseur d'une mandarine. La tumeur paraissait bien limitée et je décidai de l'extirper.

Ayant ouvert la vessie je notai que la tumeur siégeait dans l'épaisseur de la vessie, sans envahir la muqueuse. Je pratiquai la cystectomie, dépassant largement les limites de la tumeur, et je fermai complètement la vessie. Il me fut ensuite aisé de séparer la cavité péritonéale de la cavité de Retzius; je drainai la première et je tamponnai légèrement la seconde. Sonde vésicale à demeure pendant six jours.

Examinant la tumeur pendant qu'on pansait la malade je vis, dans la masse enlevée, un cordon creux qui devait être l'ouraque, mais qui ressemblait fort à un uretère. Tout en étant convaincu d'avoir respecté les uretères je voulus m'en assurer et je pratiquai séance tenante le cathétérisme des deux conduits, qui étaient sains.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un myo-sarcome de la vessie.

La guérison opératoire se fit sans incidents et la malade se leva le vingtième jour.

L'opération a été pratiquée il y a neuf mois. La malade est en parfaite santé et le cystoscope montre qu'il n'y a pas de récidive.

Malade opéré d'empyème par incision verticale postérieure.

M. Moty. — C'est avec une conviction de plus en plus ferme que je présente mon 12e opéré d'empyème par l'incicion verticale postérieure : voici son observation résumée.

G..., trente-neuf ans, soldat au 21e colonial, treize ans et demi de service, entre le 1er mars 1905 à l'hôpital militaire Saint-Martin pour bronchite chronique.

Le 12 mars, congestion du sommet gauche, le 13 épanchement progressant rapidement.

Le 18 mars, épanchement abondant dans la plèvre gauche; état général grave, obnubilation, pouls petit difficile à compter battant environ 150.

L'intervention est pratiquée d'urgence dans l'après-midi, le malade paraissant moribond : cocaïnisation, incision verticale de 10 centimètres légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans à deux doigts de la ligne épineuse, écartement des fibres du grand dorsal, choix de l'espace intercostal le plus large à la hauteur de l'angle de l'omoplate, ouverture de la plèvre sur le bord supérieure de la côte sous-jacente, sonde cannelée, débridement, gros drain unique. Issue d'un liquide séro-purulent contenant du pneumocoque, pansement habituel avec imperméable.

Injection de caféine après l'opération, à sept heures et à onze heures du soir; le malade reste entre la vie et la mort jusqu'au 20; à ce moment le subdélire disparaît et le pouls se relève très lentement.

Le progrès continue régulièrement et le malade se lève à la fin d'avril; le drain dont le calibre a été graduellement réduit est supprimé au commencement de mai, et la cicatrisation définitive s'achève vers le 15 juillet après usage prolongé de naphtol camphré et de la teinture d'iode comme topiques et des médications habituelles à l'intérieur.

Il m'a semblé que mon opéré n'eût pas été capable, dans l'état d'adynamie où il se trouvait, de résister à la moindre rétention de son épanchement, et ceux qui l'ont suivi avec moi ont été du même avis.

L'expérience semble donc confirmer jusqu'ici les avantages que j'attribuais à l'incision postérieure, au Congrès de chirurgie de 1902; l'incision postérieure ne gêne pas les opérés dans le décubitus dorsal, et aucun ne s'est plaint d'en souffrir; les difficultés opératoires que l'on pourrait lui objecter sont bien insignifiantes : il suffit, en effet, de faire une incision suffisamment longue pour que les fibres du grand dorsal, que l'on ménage à peu près

complètement, puissent être reclinées en dedans et en dehors, permettant ainsi l'exploration des côtes, qui est d'ailleurs le temps le plus délicat de l'opération.

Je n'ai pas encore observé d'empyème chronique à la suite de l'incision postérieure; je suis donc fondé à dire qu'on n'enregistre que rarement cette redoutable complication à la suite de son emploi.

Vaste ostéome du brachial antérieur droit, après une luxation du coude en arrière.

M. A. Mignon. — Ce jeune soldat a présenté le cas d'ostéome du brachial antérieur le plus curieux que j'aie eu l'occasion de voir.

Il était à cheval le 20 décembre 1904, lorsqu'il se fit une luxation du coude droit en arrière, en tombant sur la paume de la main, l'avant-bras en hyperextension sur le bras.

La luxation fut immédiatement réduite et le bras du blessé mis en écharpe.

Trois semaines après, quand le malade fut autorisé à faire des mouvements du bras, il constata une gêne fonctionnelle considérable que la médecin traitant essaya d'atténuer par de légers mouvements provoqués. Mais plus on voulait donner de souplesse au coude, plus celui-ci se raidissait. Vint un moment où la flexion cessa d'être possible et où l'on constata une fixation de l'avant-bras en extension presque complète.

C'est alors qu'on envoya le blessé au Val-de-Grâce pour être opéré. Il y arriva le 8 mars 1905.

L'avant-bras formait avec le bras un angle de 155 degrés. Quand on essayait de le fléchir, on diminuait l'extension d'une quinzaine de degrés et on était brusquement arrêté, comme si les os de l'avant-bras heurtaient un buttoir.

La cause de ce trouble fonctionnel n'était pas difficile à saisir. Elle résidait dans un ostéome du brachial antérieur dont les dimensions paraissaient tout de suite considérables. Il commençait au-dessous du pli du coude, recouvrait la face antérieure de l'article et remontait jusqu'au tiers supérieur du bras, en s'étalant en avant de l'humérus et en arrière du muscle biceps qu'il débordait en dedans et en dehors. On aurait dit une grande masse lancéolaire appliquée entre le biceps et l'os et immobilisée sur celui-ci.

Je n'avais jamais observé pareille production osseuse dans le brachial antérieur et pareille gêne fonctionnelle, malgré la fréquence des ostéomes du coude chez les jeunes soldats.

Le désir du blessé d'être amélioré était bien légitime. Que faire d'un membre supérieur droit en extension ; et pouvait-on laisser infirme, à vingt-deux ans, un homme d'une aussi belle constitution ?

J'ai accepté aussitôt le principe de l'intervention, mais j'ai hésité sur le moment de la faire et sur l'étendue à lui donner.

J'ai fait faire une première radiographie pour être fixé sur le degré de l'évolution de l'ostéome. Vous voyez sur cette radiographie (deux mois et demi après la luxation) que tout le muscle brachial antérieur est infiltré et transformé en une masse opaque, longue de 20 centimètres, large et haute de 4 centimètres à l'endroit le plus épais, c'est-à-dire à 7 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire. Mais l'infiltration n'a pas partout la même densité. Des taches sombres se trouvent à côté de taches plus claires, comme dans une mosaïque, et on distingue dans la mosaïque deux traînées plus denses que le reste de la masse partant de la coronoïde et de la diaphyse humérale et s'annonçant comme des centres d'ossification.

Il m'a semblé, d'après cette radiographie, que l'ostéome était encore à l'état de bouillie osseuse et qu'une intervention en rendrait l'ablation difficile et incomplète. Il fallait le laisser durcir.

Un mois après, une radiographie nouvelle nous le montrait avec des caractères bien différents. L'infiltration générale du muscle avait disparu et faisait place à un véritable tissu osseux, solidement organisé et très net dans ses contours. L'ostéome présentait, comme la plupart des ostéomes du coude, son maximum de développement à la face antérieure de l'article et figurait un gros bloc ovoïde de 5 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur, avec un pédicule très net du côté de l'apophyse coronoïde. De plus, il émettait à sa partie supérieure deux jetées osseuses du volume du petit doigt qui rejoignaient sous forme d'arc-boutants la diaphyse humérale, l'un à 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, et l'autre à 20 centimètres au-dessus de cet interligne, au niveau des attaches supérieures du brachial antérieur.

Cette radiographie me laissa croire que l'ostéome avait subi son maximum de condensation et que l'état constaté était définitif.

Le moment d'opérer était venu.

J'ai simplifié autant que possible le plan opératoire.

Je ne me suis proposé d'autre but que de mettre l'avant-bras en flexion à angle droit, autrement dit de transformer l'ankylose presque rectiligne en une ankylose telle que la main droite pût être portée sur la tête et à la bouche.

Je renonçai à rendre au malade les mouvements du coude. Je

me figurais, en effet, qu'il y avait autour de l'ostéome une gaine fibreuse dont la rétraction s'opposerait à l'extension de l'avant-bras, quand on l'aurait mis en flexion.

L'opération a été faite le 3 mai.

J'ai incisé les téguments sur le bord interne du muscle biceps, dans une longueur de 15 centimètres, dont 6 au-dessus de l'interligne articulaire, et divisé l'expansion aponévrotique du biceps, comme pour la ligature de l'artère humérale. Je me suis fait voie ensuite entre le muscle et le cordon vasculo-nerveux jusqu'à la production osseuse.

Celle-ci était entourée, ainsi qu'il avait été prévu, par une capsule fibreuse que recouvraient quelques fibres musculaires disséminées.

Incision longitudinale de la capsule de la partie moyenne du bras au-dessous de l'article; et libération de ses moitiés droite et gauche, comme s'il s'agissait de dépérioster un os et pour rendre directement accessible la coque osseuse. Alors exécution du plan opératoire :

a) Section à la cisaille des deux jetées osseuses supérieures; *b*) arrachement avec les doigts, et par bascule de haut en bas de la masse de l'ostéome plongeant jusqu'à la coronoïde.

L'ablation de la masse se fit presque entière, sauf au niveau des tubérosités latérales de l'humérus, où il resta des portions de l'ostéome. Je les enlevai de mon mieux, tant à la rugine qu'à la curette, mais sans m'attacher à tout retirer. La profondeur du champ opératoire était considérable et je craignais de blesser le nerf radial dont je ne voyais pas le cordon.

Quant l'ablation fut achevée, on eut sous les yeux le lit fibreux de l'ostéome. Il y avait sur le brachial antérieur, une membrane épaisse qui était aussi large que le muscle au niveau de l'articulation et on sentait sous elle les fibres du muscle. La production osseuse était donc enkystée et située à la face antérieure du brachial antérieur. Il n'y avait pas de myosite ossifiante, mais addition au muscle d'une fusée osseuse.

L'opération s'est terminée par une hémostase soignée, la suture de l'expansion aponévrotique du biceps et la réunion des lèvres des téguments, sauf au centre de l'incision où je mis un drain pour l'écoulement des sécrétions de la capsule fibreuse.

Je plaçai en dernier lieu l'avant-bras à angle droit sur le bras et je maintins les deux segments de membre dans leur nouveau rapport par un solide pansement.

Tout s'est bien passé : la température est demeurée normale et le malade n'a jamais souffert.

Je n'ai pas essayé, dans la suite, de donner de la mobilité à

l'articulation. J'ai craint que des efforts d'allongement ne finissent par ramener le membre supérieur dans l'état préopératoire. J'ai cherché l'ankylose à angle droit, et j'ai demandé au malade d'exagérer plutôt la flexion que l'extension.

Il porte aujourd'hui aisément la main sur la tête et à la bouche et possède quelques petits mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras ainsi que les mouvements de pronation et de supination, ce qui rend le membre supérieur très utilisable.

Une radiographie récente nous montre le résultat anatomique de l'opération. La grosse masse de l'ostéome a été enlevée, mais ses attaches à la coronoïde et à l'humérus persistent. Je n'avais pas excisé ces dernières intentionnellement, pour ne pas augmenter les dégâts opératoires et avec la quasi-assurance qu'elles ne seraient d'aucune gêne pour le malade. Mais je croyais avoir extirpé la partie de l'ostéome attenante à la coronoïde. Vous voyez que cette apophyse reste surmontée d'une saillie osseuse de 2 centimètres de longueur. Est-elle de nouvelle formation? Est-ce un débris de la coque de l'ostéome primitif? Il est difficile de le dire. J'ai songé un moment à l'enlever. J'y ai renoncé. L'accès n'en est pas facile, du fait de la flexion de l'avant-bras et son retrait, en admettant qu'il fût complet, ne changerait pas beaucoup la fonction du membre. La capsule et les tissus péricapsulaires doivent être épaissis et devenus définitivement inextensibles.

Permettez-moi maintenant de vous présenter la partie de l'ostéome que j'ai enlevée. Ce n'est pas une masse compacte osseuse. C'est une espèce de cornet osseux rempli d'une substance blanche, de consistance élastique et d'aspect fibrineux. La paroi du cornet a une épaisseur d'un millimètre et demi, à peu près; sa surface externe est irrégulière et armée d'aspérités qui s'enfonçaient dans les dépressions de la capsule fibreuse laissée en place. Sa paroi interne est à peu près lisse, autant qu'on en peut juger par la portion que nous avons sous les yeux. Le contenu du cornet m'avait paru tout d'abord être de la fibrine. J'ai prié M. Vincent de l'examiner histologiquement, et voici la note très détaillée que mon collègue m'a remise :

Le tissu blanchâtre et mou, situé au centre de la coque osseuse, s'est montré au microscope constitué par une trame colorée par le carmin ou l'hématoxyline. Elle se colore assez énergiquement en rose par l'éosine.

Cette substance fondamentale n'est pas homogène et ne présente pas davantage les caractères du tissu osseux. Elle est striée et paraît formée de fibrilles pâles, sinueuses, parallèles les unes aux autres, sans disposition en tourbillon et sans fibres élastiques. Elle a donc la structure du tissu conjonctif pur.

On y trouve une quantité assez grande de cellules conjonctives, les unes arrondies ou ovoïdes, les autres triangulaires, bien colorées par l'hématoxyline ou le carmin. Leur noyau est normal, sans trace de segmentation.

Aucune de ces cellules n'offre les capsules des cellules cartilagineuses, ni l'aspect étoilé des cellules osseuses.

En certains points, ces cellules s'assemblent pour former des travées ou des boyaux ramifiés, tantôt pleins, tantôt pourvus d'une lumière centrale. Autour de ces boyaux, le tissu conjonctif affecte une disposition concentrique. Étudiées de la périphérie au centre, ces travées sont constituées par une ou plusieurs rangées de cellules conjonctives parallèles à leur direction; dans certaines d'entre elles, il existe une couche de cellules semblables, mais disposées perpendiculairement à la précédente, et en dedans de celle-ci.

Je n'ai pu constater d'endothélium de revêtement ni d'ostéoblastes.

Ces sortes de canalicules, qu'on pourrait prendre pour des capillaires sanguins, ne renferment pas cependant d'hématies ni de leucocytes. On n'y trouve pas davantage de cellules de moelle osseuse.

Pas de chondroplastes ni de myéloplaxes.

L'absence de cellules osseuses ou d'ostéoblastes contenus dans une matière homogène résistante ne permet pas de conclure que le tissu examiné représente un phénomène d'ostéogénie libre, c'est-à-dire non précédé de formation de cartilage. Toutefois, le développement pathologique du tissu osseux ne se fait d'habitude que progressivement. La substance fondamentale n'acquiert que lentement les caractères du tissu osseux et les cellules n'ont pas d'emblée leur forme radiée définitive.

On pourrait donc considérer le tissu examiné ci-dessus comme représentant une phase de transition entre le tissu osseux véritable et le tissu conjonctif. La disposition en travées des cellules semble se rapprocher de celle des canaux de Havers.

Les coupes étaient comme saupoudrées, en certains points, de granulations irrégulières d'hématine, non cristallisées, et qui sont le reliquat du sang épanché. Il s'agirait dès lors, d'un ancien caillot en voie d'organisation sûrement fibro-conjonctive et peut-être osseuse.

Cet examen histologique, malgré les conclusions réservées de M. Vincent, ne manque pas d'importance à notre avis. Il confirme ou tout au moins il n'infirme pas l'impression que nous avons eue, en enlevant l'ostéome, que celui-ci s'était formé aux dépens d'un vaste hématome musculaire. J'ai déjà eu l'occasion de voir

se développer un ostéome des adducteurs dans un hématome primitif et les auteurs qui font bon marché de la théorie hématique pour accepter exclusivement les théories de l'ensemencement périostique ou de la myosite ossifiante, n'ont probablement pas trouvé l'explication pathogénique de tous les cas cliniques.

Je rappellerai, en terminant, et à l'usage des recherches pathogéniques, que l'ostéome enlevé était constitué anatomiquement par une gaine fibreuse entourée par les fibres du brachial antérieur et enveloppant elle-même un cornet osseux qui contenait dans sa cavité une substance d'apparence fibrineuse.

Présentations de pièces.

Absence congénitale des 3/4 de la trompe droite.

M. ROUTIER. — J'ai l'honneur de présenter à la Société cette pièce qui me paraît une rareté.

Chez une jeune femme de vingt-six ans ayant eu, il y a trois ans, une grossesse à terme, j'ai dû pratiquer une hysterectomie abdominale ; j'ai été fort surpris de ne pas trouver de trompe à droite ; le ligament large et la corne utérine y sont parfaitement normaux ovaires et ligament rond sont en bonne situation et parfaitement développés : Au contraire, la trompe se termine brusquement environ à 18 millimètres de la corne utérine normale.

Des recherches que j'ai faites, bien qu'un peu sommaires, il résulte que c'est là une anomalie fort rare.

La malade ne présente pas d'autres malformations.

Tumeur liquide du cordon spermatique.

M. WALTHER. — La tumeur que je vous présente a été enlevée par moi, il y a huit jours, chez un homme d'une trentaine d'années porteur d'une très grosse hernie inguinale congénitale avec épiploon adhérent.

Après avoir fait la dissection et la résection du sac herniaire, énorme, j'ai trouvé en arrière et en dehors du cordon spermatique, indépendante de ses éléments et simplement accolée à sa surface, cette tumeur d'aspect bizarre qui se présente comme vous le voyez, sous la forme d'un tube long de 18 centimètres à parois très minces et transparentes, moniliforme, à bosselures échelon-

nées, régulièrement, avec un renflement bosselé aussi, de la grosseur d'une petite noix, à sa partie moyenne. Cela ressemble à une grosse veine variqueuse, mais ce n'est pas une veine ; le contenu est un liquide très clair.

L'hypothèse qui me semble la plus probable est celle d'une énorme dilatation d'un lymphatique. Le malade est originaire du Brésil ; je n'ai pas trouvé de manifestations autre de filariose. En tout cas, la forme de cette dilatation lymphatique ainsi isolée serait tout à fait exceptionnelle. Mon maître, M. le Dentu, à qui j'ai montré tout à l'heure cette pièce, m'a dit ne rien connaître de semblable.

M. Le Dentu. — Je n'ai pas retrouvé dans la pièce présentée par M. Walther les caractères ordinaires des adénolymphocèles, des lymphangiomes ni même des varices lymphatiques du cordon développées chez des habitants des pays chauds. Ici, s'il s'agit réellement d'une varice lymphatique, celle-ci est unique contre l'ordinaire, Cette particularité ne serait pas incompatible avec la présence, dans ce tube contourné et rempli de liquide, d'une filaire adulte. J'attire l'attention de M. Walther sur ce point.

Je profite de l'occasion pour lui recommander de recourir à la centrifugation d'une certaine quantité de sang pour la recherche des embryons de filaire. Ce procédé vient de se montrer supérieur, entre les mains de M. Nattan-Larrier, chef de clinique de M. Dieulafoy, à l'examen d'une goutte de sang après piqûre d'un doigt. Ces deux modes de recherche ont été mis en pratique successivement sur un homme à qui j'ai opéré récemment un éléphantiasis du scrotum et du pénis. Le dernier (prélèvement d'une goutte de sang) était resté négatif, tandis que la centrifugation a permis de reconnaître plusieurs embryons de filaire et deux œufs.

M. Demoulin. — C'est une hypothèse bien séduisante que vient de formuler M. Walther; j'espère et je souhaite d'ailleurs, que l'examen du sang de son opéré, pratiqué avec les précautions que vient d'indiquer le professeur Le Dentu, révélera l'existence de la filaire; mais tout en m'excusant de rester terre à terre, je demanderai à notre collègue s'il ne pense pas que la petite tumeur qu'il vient de nous présenter pourrait s'être développée aux dépens de quelques débris du canal vagino-péritonéal.

M. Walther. — Je crois pouvoir affirmer à mon ami M. Demoulin qu'il ne s'agit pas ici d'un vestige de conduit vagino-péritonéal. Cette poche n'en avait ni le siège ni aucun des caractères.

Prostate hypertrophiée enlevée par voie transvésicale.

M. Bazy. — La prostate et les calculs que je vous présente ont été enlevés par voie transvésicale.

Cette prostate pèse 70 grammes; elle a été enlevée en deux lobes le 16 juin dernier chez un homme de cinquante-six ans qui était obligé de se sonder depuis cinq ans, et qui ne pouvait vider sa vessie que par la sonde depuis deux ans.

Aujourd'hui, il pisse bien naturellement, retient très bien son urine, n'a pas d'incontinence.

Il m'a même parlé ce matin de la conservation du pouvoir génésique qu'il croyait aboli depuis longtemps.

Si je présente ce cas, c'est à cause du résultat et pour l'opposer à un autre où il s'agissait d'une prostate de 97 grammes sans compter le liquide contenu dans de nombreux kystes, enlevées à un homme de soixante-dix ans par voie périnéale. Or, celui-ci qui n'urinait spontanément que quelques gouttes avant l'opération, n'urinait pas davantage après, mais je l'ai opéré à cause d'hémorragies graves qui l'avaient profondément anémié et avaient eu presque raison de lui. M. Guyon appelé en consultation y avait vu aussi une indication de l'intervention.

Ce n'est pas pour opposer les deux méthodes l'une à l'autre, mais à cause des indications opératoires que je présente ces cas.

Le premier, je l'ai opéré à cause des douleurs très violentes qu'il éprouvait et qui l'avaient rendu tout à fait hypocondriaque.

Ces douleurs pouvaient être expliquées en grande partie par des calculs ; l'existence de ces calculs eut été à elle seule une indication de la prostatectomie, et comme la prostate proéminait dans la vessie, j'ai pensé devoir choisir la voie transvésicale.

J'ai pu voir ainsi, que, si j'avais voulu faire une lithotritie, elle eut été forcément incomplète, car un ou deux de ces calculs s'étaient cachés derrière cette prostate. Ce qui revient à dire qu'il faut, pour cette opération, des indications. Je dis cela parce que je vois de temps en temps des prostatectomies (que je n'ai pas faites) et dont les résultats sont loin d'être satisfaisants.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° — Une lettre de M. DELORME et une autre de M. HARTMANN qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance,

A propos de la correspondance.

M. DELBET dépose sur le bureau de la Société un travail de N. René TESSON, intitulé : *Occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère.*

Ce travail est renvoyé à une Commission, dont M. DELBET est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la scopolamine.

M. CH. MONOD. — J'avais été très séduit par la communication de notre collègue Walther relative à l'association de la scopolamine au chloroforme, comme procédé d'anesthésie générale suivant la technique qu'il a adoptée — qui est aussi celle préconisée actuellement par mon excellent maître M. Terrier — à savoir : injection sous la peau, une heure (Walther) deux heures (Terrier) avant l'opération, d'un centimètre cube d'une solution contenant

un milligramme de bromhydrate de scopolamine et un centigramme de chlorhydrate de morphine.

Je résolus de suivre l'exemple de mes collègues, non sans avoir été d'abord à la Pitié me rendre compte par moi-même du mode d'application du procédé et de ses effets.

Je n'eus d'abord qu'à me louer de la décision que j'avais prise; dans quatre chloroformisations successives, j'obtins exactement les bons résultats annoncés par M. Walther dans sa communication du 21 juin et sur lesquels je juge inutile de revenir.

Dans un cinquième cas, au contraire, des accidents sérieux, heureusement non suivis de mort, sont survenus. Il m'a paru qu'il importait de ne pas passer ce fait sous silence.

Il s'agit d'une malade âgée de vingt-sept ans à laquelle j'ai pratiqué, le 18 juillet dernier, une cholécystectomie. Cette jeune femme atteinte de coliques hépatiques, sans ictère, était, à ces crises douloureuses près, bien portante. Le cœur en particulier battait régulièrement et fort, sans trace de bruits anormaux. Les urines étaient normales. Le foie nous parut également tel au cours de l'opération.

Contrairement à ce qui avait été fait dans les quatre cas précédents, l'injection de scopo-morphine fut pratiquée, comme le conseille M. Terrier, deux heures et non, comme le veut M. Walther, une heure seulement avant l'opération. Nous avions remarqué en effet que jusqu'alors aucune de nos opérées ne dormait au moment où nous commençions l'administration du chloroforme; elles étaient cependant dans un état de demi-sommeil, ou d'assoupissement, suffisant, comme l'a remarqué M. Walther, pour supprimer toute défense et toute agitation lorsqu'on appliquait le masque à chloroforme. Nous pensâmes qu'en laissant la scopolamine agir plus longtemps, l'effet serait plus profond. De fait, moins de quarante minutes après l'injection, c'est-à-dire beaucoup plus rapidement que chez les quatre précédentes, notre malade était complètement endormie. Il est vrai que dans l'heure qui suivit, elle se réveilla en partie, et n'était plus qu'assoupie lorsque l'on commença à lui faire respirer du chloroforme.

L'anesthésie pratiquée à l'aide de l'appareil Ricard fut sans incidents, la quantité de chloroforme employé fut relativement élevée (50 centimètres cubes pour une heure vingt minutes).

L'opération elle-même s'était poursuivie et achevée sans encombre. J'avais laissé la malade, pansée, enveloppée et mise sur le chariot roulant pour être transportée sur son lit — confiée aux soins de mon excellent et très soigneux interne M. Morel — et je quittai l'hôpital, sans ombre d'inquiétude à son égard. C'est le

lendemain seulement que j'appris ce qui était advenu après mon départ. Je reproduis ici la relation écrite que m'en a donnée M. Morel.

« La malade n'était plus depuis vingt minutes soumise à l'action de chloroforme; elle était encore sur le chariot, dans la salle d'opérations — je me lavais les mains dans la pièce exactement contiguë — lorsque je m'entendis appeler par l'infirmière que j'avais placée près de l'opérée et qui avait remarqué que la figure de celle-ci « changeait ».

« A ce moment le visage était sans expression, bleuâtre; des gouttes de sueur perlaient sur le front, les pupilles étaient insensibles à la lumière et dilatées; le réflexe cornéen était aboli. La respiration était extrêmement superficielle et perceptible seulement après examen prolongé. Le cœur battait mais à peine, son rythme ne semblait pas modifié; je n'ai pas eu le temps de compter ses battements, mais je pense que leur nombre oscillait autour de 75 à 80 à la minute. La langue n'était pas avalée.

« La malade reçut immédiatement 2 centimètres cubes d'éther et 2 centimètres cubes de caféine; en même temps on pratiquait la respiration artificielle combinée aux tractions rythmées de la langue, et l'on faisait des inhalations d'oxygène. Au bout de dix minutes, tout semblait perdu: le cœur ne battait plus; les pupilles étaient énormes, l'œil vitreux.

« On continua cependant la respiration artificielle et les tractions rythmées.

« Au bout de dix nouvelles minutes, soit vingt minutes après le début de la syncope, nous avons senti de nouveau le cœur battre nettement; mais le pouls n'était pas encore perceptible. Il ne l'est devenu que cinq minutes plus tard, mais très faible et fuyant.

« M. Launay, assistant de M. Monod, que j'avais fait demander, a vu la malade à ce moment. Il la jugea dans un état encore très alarmant, et m'engagea a continuer les manœuvres de reviviscence.

« A plusieurs reprises le pouls fila de nouveau et le cœur sembla s'arrêter. Il reprit définitivement et régulièrement à peu près trente-cinq minutes après le début des accidents. La malade fut alors portée avec précaution dans son lit, et reçut encore éther, caféine et huile camphrée.

« Pendant deux jours l'état resta alarmant, le cœur était mou comme un cœur atteint de myocardite; mais le rythme régulier, aux environs de 80.

« Actuellement, la malade va bien, mais son cœur reste le point faible, les systoles sont certainement plus molles qu'avant l'anesthésie. »

Ceci était écrit le 19 juillet, cinq jours après l'opération. Aujourd'hui, 26 juillet, tout est rentré dans l'ordre. La malade guérie, sans fistule biliaire, quittera l'hôpital dans quelques jours.

Une question préalable se pose au sujet du fait que je viens de rapporter. Ne s'agit-il pas, dans ce cas, d'accidents chlorofor-

miques? Ou, s'il ne faut pas incriminer le chloroforme, n'est-ce pas à la morphine, — plutôt qu'à la scopolamine, qu'il faille les imputer? Je sais bien qu'il existe des cas, assez rares d'ailleurs, — que pour ma part, en plus de trente ans de pratique, je n'ai jamais observés, — où la syncope mortelle est survenue chez des malades reportés dans leur lit, longtemps, par conséquent, après que la chloroformisation avait cessé.

M. Quénu insistait ici-même (1), dès 1890, sur les faits de ce genre, recommandant pour cette raison, aux chirurgiens, de ne pas quitter leurs opérés avant qu'ils ne fussent manifestement réveillés, ou, du moins, de laisser auprès d'eux un aide expérimenté. Mais peut-être ces morts tardives sont-elles plus fréquentes lorsque l'on associe au chloroforme une injection préalable de morphine, si bien que ce procédé d'anesthésie mixte est généralement abandonné.

Il ne paraît pas du reste probable que la morphine doive être mise ici en cause, en raison, d'une part, de la faible dose injectée (1 centigramme), et, d'autre part, de la dilatation de la pupille qui a persisté pendant toute la durée de la crise, — le rétrécissement de la pupille étant un signe important de l'intoxication morphinique, tandis que sa dilatation est un des premiers effets de l'action de la scopolamine. J'ajoute que, au cours de ses crises hépatiques, notre malade avait été plusieurs fois soumise à l'action de la morphine sans aucun inconvénient.

Aussi bien, comme il est expressément recommandé de toujours associer la morphine à la scopolamine dans l'anesthésie scopo-chloroformique, le procédé ne reste-t-il pas un procédé dangereux, quel que soit, de ces deux agents, scopolamine ou morphine, le vrai coupable?

Le fait que je rapporte n'est pas au reste isolé. On lit, dans la *Semaine médicale de Munich* (1903) (2), que le Dr Flatau, sur trente cas de narcose par la scopo-morphine, a eu une mort survenue au bout de sept heures, par paralysie cardiaque. Flatau a au reste remarqué, chez tous ses malades au summum de la narcose, une notable accélération du pouls avec diminution de la tension artérielle.

Wild (de Berlin) (3), sur quatre-vingt-un cas semblables, en a

(1) *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1890, t. XVI, p. 555.

(2) Flatau (S.). Ueber die Anwendung der Morphium-Scopolamin-Narkose in der Gynäcologie. *Münch. med. Wochensch.*, 1903, n° 28.

(3) Wild (L.). Ueber die Skopolamin-Morphium-Narkose, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1903, n° 9. Je rapporte les observations de Flatau et de Wild d'après l'analyse qu'en donne le *Virchow's Jahresbericht*, t. 1903, n'ayant pu me procurer les articles originaux.

observé un où se produisirent des accidents graves dont il eut beaucoup de peine à triompher. Il est vrai que la dose de morphine avait été de 9 centigrammes pour 1 milligramme et demi de scopolamine.

Il m'a été impossible de réunir tous les travaux publiés en nombre déjà assez grand sur ce sujet. Il me suffira de dire qu'un auteur allemand, Kochmann (1), dans un article paru cette année même dans la *Semaine médicale de Munich*, aurait relevé 12 cas de mort sur 1.200 cas publiés, ce qui est une proportion énorme.

Il semble, il est vrai, que la plupart de ces cas mortels sont relatifs à des anesthésies générales obtenues avec la scopo-morphine seule et à doses trop fortes. Pour Kochmann, le procédé serait sans danger, si la scopo-morphine est donnée, comme le conseillent nos collègues Terrier et Walther, à petite dose, pour préluder à une anesthésie par l'éther ou le chloroforme (2).

Mon observation tendrait au contraire à établir que, même administrée de cette façon, la scopo-morphine peut être dangereuse, et, pour ma part, jusqu'à plus ample informé, je ne me sens guère disposé à y avoir de nouveau recours.

M. Walther. — L'observation que nous apporte mon maître et ami M. Monod est fort importante et mérite toute notre attention.

Il paraît bien difficile de faire dans les accidents signalés le départ de ce qui ressortit à la scopolamine ou au chloroforme, d'autant plus que la malade avait pris 50 centimètres cubes, soit environ 75 grammes, de chloroforme, ce qui est beaucoup.

Ce que je puis dire à M. Monod, c'est que je n'ai jamais rien observé d'analogue. J'ai fait maintenant 112 anesthésies par l'injection de 1 milligramme de scopolamine et de 1 centigramme de morphine suivie d'administration de chloroforme et jamais je n'ai vu, jamais on ne m'a signalé de menaces d'accidents post-chloroformiques. Dans 12 autres cas, des malades de mon service ont reçu une injection de scopolamine sans chloroformisation pour de petites interventions (curettages réduction de fracture, etc.) et chez

(1) Kochmann (M.). Zur Frage der Morphin-Skopolamin-Narkose, *Münch. med. Wochensch.*, 1905, n° 19; Anal. *Zentralbl. f. Chir.*, 1905, n° 27, p. 718.

(2) On me communique à l'instant un article de la *Semaine médicale* (1905, n° 2, p. 15), où les 12 cas de mort relevés par Kochmann sont analysés.

La proportion de mortalité, d'après l'auteur anonyme de l'article, serait plus considérable encore : 12 morts pour 1.189 cas publiés. Mais je répète qu'il n'est pas dit dans ce travail, pas plus que dans celui de Kochmann, si, dans ces cas, la scopolamine a été administrée seule ou associée au chloroforme.

ces malades non plus rien de pareil ou d'analogue n'a été observé.

Si je prends la parole maintenant avant la fin de la discussion, c'est pour apporter immédiatement au débat ces résultats mais aussi et surtout pour signaler à M. Monod que les 12 observations d'accidents relatées dans un article de la *Semaine médicale* ont été étudiées en détail par MM. Terrier et Desjardins, dans un travail publié au mois de mars dernier dans la *Presse médicale* ; et MM. Terrier et Desjardins concluent de cette étude qu'aucun de ces accidents ne peut être réellement attribué à la scopolamine.

Hypertrophie musculaire partielle donnant lieu à des erreurs de diagnostic.

M. A. Poncet. — Je viens de lire, dans le numéro paru ce matin, du *Bulletin de la Société de Chirurgie*, l'intéressante communication de M. A. Mignon, intitulée : *Hypertrophie partielle des muscles striés.*

Je voudrais, à ce propos, vous citer deux observations qui viennent à l'appui des faits signalés par M. Mignon et vous présenter quelques considérations.

Cette hypertrophie partielle d'un muscle, s'étendant sur une longueur plus ou moins grande, et simulant une tumeur, un kyste, etc., je l'ai observée deux fois, d'une façon très nette.

Dans une première observation, qui remonte à 1886, il s'agissait d'un jeune abbé, dont j'ai trouvé ces jours-ci, dans des notes recueillies à ce moment, l'histoire détaillée.

Il vint me voir pour une tuméfaction assez apparente de la joue gauche, occupant la région massétérine correspondante.

Ce gonflement, indolent, sans changement de coloration de la peau, avait débuté, en 1876, dix ans auparavant, à la suite, disait-il, d'une *fluxion de la joue*, fluxion survenue, ajoutait-il, sans maux de dents, sans cause appréciable.

Quoi qu'il en soit, du reste, de la pathogénie de cet empâtement, il persista et, dans la suite, s'accrut progressivement, sans jamais donner lieu à aucun malaise local.

La palpation extérieure le montrait sous-cutané, mal limité, diffus. Ses caractères ne se précisaient pas mieux, lorsque l'index étant introduit le long de la muqueuse jugale, on saisissait la joue, dans toute son épaisseur, entre le pouce et l'index.

On constatait aisément que la tumeur n'avait aucune relation avec le squelette voisin, qu'elle était rénitente, non fluctuante que la contraction du masséter ne la modifiait guère, dans sa forme, dans sa consistance.

Je ne savais trop quel diagnostic anatomique porter, j'étais bien sûr qu'il ne s'agissait pas d'un abcès, d'une tumeur parotidienne, etc. ; mais faute d'éléments d'appréciation plus précis, je dus me contenter d'un diagnostic opératoire.

La tumeur était sous-cutanée, sans battements, sans souffles; elle n'avait aucun rapport important, dangereux, etc; elle entraînait une déformation faciale, elle avait résisté jusqu'alors à toute espèce de moyens. Le jeune abbé voulait voir sa joue gauche comme la droite, je n'avais donc aucune raison pour lui refuser une intervention chirurgicale, qu'il était, du reste, permis d'envisager comme complètement innocente.

L'opération eut lieu le 8 février 1886. Incision de 5 centimètres parallèle à la branche montante du maxillaire inférieur, un peu en dehors de la faciale. Le muscle est mis à découvert, mais pas de tumeur. Son bord antérieur servant de point de repère, je cherchai vainement, à son niveau et à son voisinage, une lésion pathologique qui n'existe pas, mais, en même temps, je constate une augmentation notable du volume du muscle qui est manifestement hypertrophié.

Sa coloration, sa consistance sont normales, et au niveau de la tuméfaction, une dilacération du tissu musculaire ne permet pas de constater autre chose qu'une simple hypertrophie.

Excision avec des ciseaux courbés sur le plat, de la masse saillante qui représente un poids d'une quinzaine de grammes environ. Hémorragie en nappe, pas de ligatures.

En saisissant la joue entre l'index et le pouce, je m'assure alors que toute cause de gonflement de la joue a disparu, et qu'elle a l'épaisseur du côté opposé.

Suites opératoires très simples. Le malade guéri quitta la maison de santé le 20 février. Je l'ai revu depuis, la guérison s'est maintenue ; pas de nouvelle tuméfaction.

Le tissu musculaire enlevé n'a pas été examiné histologiquement, mais il présentait tous les caractères macroscopiques d'un muscle sain, avec des fibres musculaires paraissant épaissies et simplement augmentées de volume, comme on le voit dans le cas d'hyperactivité physiologique.

Cette observation m'avait beaucoup intéressé et j'en avais noté avec soin les diverses particularités; mais je devais rester longtemps sans rencontrer de cas similaires.

Cependant, au mois d'avril dernier, entrait à ma clinique un malade présentant plus d'une analogie, en dehors du siège de sa myopathie partielle, avec le sujet précédent.

Son histoire a été publiée, complète, par mon assistant le Dr Delore, sous la rubrique : *Faux kyste poplité*, dans le *Lyon médical*

du 20 mai 1905, n° 21, p. 1135, et M. Mignon vous l'a signalé dans sa communication.

Je la résume en quelques lignes. Homme de trente ans, vigoureux, bien portant, exerçant la profession de cultivateur, entrait à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic de *Kyste du creux poplité gauche.* Le début remontait à six mois environ. C'est à cette époque, tout au moins, que le malade commença à éprouver quelques douleurs en arrière du genou correspondant. Il consulta alors un médecin qui fit le diagnostic de *kyste poplité.* Lors de son entrée, nous n'avons pu que confirmer cette opinion, en précisant encore un peu plus ; le diagnostic fut, en effet, kyste occupant la partie interne du creux poplité et développé, comme cela est la règle, aux dépens de la bourse séreuse du jumeau interne et du demi-membraneux.

Je n'insiste pas sur les signes cliniques, bien mis en relief déjà par M. Delore, en faveur de ce diagnostic. Nous eûmes cependant quelque arrière-pensée en raison de l'intégrité du genou correspondant, de l'absence de toute hydarthrose.

Ajoutons, détail dont l'intérêt s'est accru par la suite de l'observation, que la tumeur avait sensiblement le même volume pendant le repos que pendant la tension du creux du jarret.

Ici encore, le traitement découlait du diagnostic, et M. Delore se mit en devoir d'extirper cette poche kystique. A son grand étonnement, et à celui aussi de tous ceux qui avaient examiné ce malade, il ne trouva pas trace de tumeur, de kyste, mais « une hypertrophie très appréciable, énorme, du jumeau interne, dont l'épaisseur atteignait au moins 7 à 8 centimètres ».

Vivement intrigué, il chercha néanmoins, avec l'œil, avec le doigt, l'hygroma supposé, ou toute autre lésion, mais il ne trouva rien. Cet inventaire négatif de la région poplitée, des tissus voisins, fut encore complété par la dilacération, avec la sonde cannelée, du muscle augmenté de volume. Comme dans le cas précédent, il ne s'agissait pas d'une hernie, d'une rupture musculaire, etc., mais d'une hypertrophie vraie.

On ne crut pas devoir faire d'excision musculaire. L'examen histologique a manqué, comme dans ma première observation, mais les caractères macroscopiques étaient tels, que l'on ne saurait supposer un autre processus qu'une hypertrophie vraie.

A quelle cause l'attribuer? Le malade ne donnait, à ce point de vue, aucune indication; il n'y avait pas eu de traumatisme, de surmenage local, d'efforts, etc.

Il ne présentait de plus aucun signe de lésions nerveuses : centrale, périphérique; et si nous faisons cette dernière remarque, c'est que, dans le creux poplité droit, on trouvait également un

certain degré de tuméfaction occupant la partie interne de ce dernier, et ressemblant à un kyste de cette région, mais notablement moins volumineux qu'à gauche.

Quelques jours après, cet homme quittait l'Hôtel-Dieu, guéri de son opération.

Qu'adviendra-t-il de son hypertrophie symétrique des deux jumeaux internes, l'avenir nous l'apprendra.

Quant au jeune abbé, sujet de ma première observation, et qui depuis tantôt vingt ans a eu le temps de devenir curé, ce qu'il est, en effet, dans un village du Beaujolais, voisin de Lyon, il est resté complètement guéri depuis mon intervention.

Il m'écrivait, en effet, il y a quelques semaines « qu'il était très bien portant, que sa joue gauche était comme sa joue droite, que le gonflement n'avait pas reparu... »

Je puis préciser tous ces renseignements, car au mois de juin dernier, j'ai fait à la Société des Sciences médicales de Lyon (voir *Lyon médical* du 30 juillet) une communication sur *l'hypertrophie musculaire partielle donnant lieu à des erreurs de diagnostic*, et je m'appuyais sur les deux observations précitées, qui m'avaient d'autant plus vivement intéressé que je n'en connaissais pas d'analogue dans la littérature chirurgicale.

Des cas similaires avaient cependant été rencontrés en dehors de nos deux malades, et cette pluralité d'origine en augmente encore la valeur clinique.

Lorsque M. Delore opéra le malade de mon service de son faux kyste poplité, il avait auprès de lui, dans la salle d'opérations, un jeune médecin-major, répétiteur à l'École du service de santé militaire, le Dr Gallet, qui ne partagea pas l'étonnement général, alors qu'au lieu d'un kyste poplité, on ne trouvait qu'une simple hypertrophie musculaire.

Il nous raconta, à ce propos, qu'au Val-de-Grâce il avait été témoin de méprises de ce genre, et que ses maîtres, M. le professeur Mignon, entre autres, l'avaient mis en garde contre une telle erreur de diagnostic.

Nous avons alors chargé un de nos élèves de l'École du service de santé militaire, à qui nous avions donné comme sujet de thèse l'étude de cette nouvelle question des : *Hypertrophies musculaires, partielles, localisées*, etc., de voir M. Mignon, de lui demander des documents.

Notre très distingué colègue confirma les paroles du Dr Gallet; promit des observations personnelles dont il vous a, avec juste raison, donné la primeur.

Tels sont l'historique et la genèse de l'*hypertrophie musculaire partielle*.

Je crois, comme je vous l'ai dit, qu'il s'agit d'une *hypertrophie vraie ou essentielle*, *partielle*, *circonscrite*, dont la pathogénie nous échappe encore.

Cette pathogénie semble, *a priori*, devoir être uniquement de nature physiologique, et cependant on ne trouve, tout au moins, chez nos deux opérés, ni traumatisme, ni effort, ni surmenage local, etc.

Un point, dans tous les cas, est certain dès aujourd'hui, c'est que la lésion est *une simple hypertrophie*, et que l'on ne saurait songer à une hernie, à une ancienne rupture musculaire.

M. Arrou. — Je remercie vivement M. Poncet de sa communication. Elle me permet de faire, à huit ans de distance, un diagnostic qui m'avait jadis plus qu'embarrassé. Un grand garçon de vingt ans se présenta un matin avec une petite tumeur bizarre de la joue, tumeur bien assise sur le bord antérieur du masséter, assez peu apparente lors du relâchement musculaire, très tendue lorsqu'on priait le porteur de serrer les dents. Cela était venu lentement, sans à-coup, sans douleur, et gênait peu ; mais c'était disgracieux. Tous les diagnostics possibles furent portés, puis successivement abandonnés, sauf celui d'angiome ou de lymphangiome profond... Il n'y avait rien de tout cela. Une courte intervention à la cocaïne me fit tomber sur un gros et solide masséter, à aponévrose nullement éraillée, sain de partout, et que je rétablis de mon mieux dans sa loge fibreuse, après avoir toutefois abrasé la partie exubérante. En somme, je n'avais rien trouvé de ce que je cherchais, ni angiome, ni tissu suspect quelconque, et quand le laboratoire me déclara que ma tumeur était le plus normal de tous les tissus musculaires, je m'imaginai que quelque chose m'avait échappé. Je comprends tout aujourd'hui, et n'hésite pas à mettre sur mon cas l'étiquette « Hypertrophie localisée du muscle masséter ». Mais il a fallu la discussion actuelle pour me renseigner complètement sur ce cas.

M. J.-L. Faure. — Par un hasard singulier j'ai observé il y a un mois, dans mon service d'Ivry, une malade dont l'observation me rappelle absolument celle de M. Mignon et de M. Poncet.

Il s'agit d'une jeune femme entrée pour une tumeur du bord interne du pied, dont la voussure était complètement effacée. Mes internes et moi avons tous sans hésitation pensé à une tumeur, de nature indéterminée, sans doute un fibro-lipome. J'ai opéré la malade et l'incision faite sur le grand axe de la pseudo-tumeur, sur le bord interne du pied, m'a conduit sur des muscles que j'ai dissociés et incisés avec soin en allant toujours à la recherche de

la tumeur. J'ai été jusqu'au squelette sans rien trouver, mais les muscles m'ont paru beaucoup plus volumineux qu'à l'ordinaire, si bien que j'en ai excisé une partie, de façon à rétablir la concavité de la voûte plantaire. Malheureusement, comme cela se passait avant la communication de M. Mignon, je n'ai pas conservé les muscles pour les faire examiner. Quoi qu'il en soit, c'est là une observation d'hypertrophie musculaire simulant une tumeur superposable à celles de MM. Mignon et Poncet.

M. A. Poncet. — Je remercie MM. Arrou et Faure, de leurs deux nouvelles observations qui paraissent bien superposables à celles que je vous ai communiquées.

Des faits de ce genre ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le supposer. Récemment, à la Société des Sciences médicales de Lyon, M. Duroux, interne des hôpitaux, présenta un malade atteint d'une double hypertrophie des deux masséters, hypertrophie indolente, survenue sans cause appréciable, et pour laquelle on ne jugea pas une intervention nécessaire.

Dans un autre cas opéré par M. Durand dans le service de M. Pollosson (*Lyon méd.*, *loc. cit*), on avait cru à une tumeur, à un kyste de la masse sacro-lombaire.

L'incision, l'opération ne révélèrent pas autre chose que de volumineuses fibres musculaires, une hypertrophie partielle des muscles de la région lombaire.

Deux cas de tumeurs malignes traitées par le sérum de M. Doyen.

M. E. Kirmisson. — Messieurs, notre collègue M. Delbet vous a dit dans son rapport que, de mon côté, j'avais essayé sur deux malades de mon service le sérum antinéoplasique de M. Doyen. La première de ces deux malades est une petite fille de deux ans et demi, entrée dans notre service le 29 décembre dernier. C'est une enfant très amaigrie, très cachectique, portant une volumineuse tumeur du rein gauche. Le mauvais état général de la malade, aussi bien que le volume considérable de la tumeur me faisaient repousser toute idée d'opération. Je priai M. Doyen de venir voir la petite malade et de me dire s'il pensait qu'elle pût être justiciable du traitement antinéoplasique conseillé par lui. M. Doyen voulut bien se rendre à notre appel, et même, ce dont je le remercie, il eut l'obligeance de mettre de son sérum à notre disposition. Le traitement fut fait par mon interne M. Mocquot, d'après les indications qui nous avaient été données par M. Doyen.

Il fut commencé le 23 janvier 1905 et poursuivi jusqu'au 20 mars; il y eut, pendant cette période de temps, quinze injections dont on trouvera le détail ci-dessous.

Le 23 janvier 1905, première injection de sérum de cheval, 5 centimètres cubes, à la cuisse gauche.

Le 25 janvier, deuxième injection de sérum de cheval, 5 centimètres cubes.

Le 27 janvier, injection de sérum MN, 5 centimètres cubes.

Le 28 janvier, l'injection de sérum a amené une réaction générale vive; le 27, au soir, la température s'est élevée à 40°1; l'enfant est un peu abattue.

Le 30 janvier, nouvelle injection de sérum MN, 5 centimètres cubes à là cuisse gauche. Cette fois encore, réaction très vive. Le 30 janvier, soir, température, 39°8.

Le 2 février, injection de sérum M, 5 centimètres cubes à la cuisse droite. Réaction moins vive que pour les précédentes; température, 38°5.

Le 6 février, nouvelle injection de sérum MN, 7 centimètres cubes à la cuisse gauche.

Le 10 février, injection de sérum MN, 8 centimètres cubes à la cuisse droite.

Le 17 février, injection de sérum M, 6 centimètres cubes à la cuisse gauche.

20 février. — Injection de sérum M, 5 centimètres cubes à la cuisse droite.

24 février. — Injection de sérum M, 5 centimètres cubes à la cuisse droite.

27 février. — Injection de sérum M, 5 centimètres cubes à la cuisse gauche.

3 mars. — Injection de sérum MN, 8 centimètres cubes à la cuisse droite.

6 mars. — Injection de sérum MN, 10 centimètres cubes à la cuisse droite.

10 mars. — Injection de sérum MN, 10 centimètres cubes à la cuisse gauche.

13 mars. — L'enfant tousse un peu; ascension de température à 40°7. On cesse les injections pendant quelques jours.

17 mars. — La température a baissé; l'enfant est revenue à son état habituel, mais depuis quelque temps elle s'affaiblit et elle a notablement maigri. Injection de sérum MN, 10 centimètres cubes à la cuisse droite.

20 mars. — Injection de sérum MN, 10 centimètres cubes à la cuisse gauche. Etat général très médiocre; l'enfant s'affaiblit; l'amaigrissement fait des progrès. La tumeur augmente de volume,

surtout du côté du flanc gauche où une bosselure proémine sous la peau.

En résumé donc, les résultats du traitement ont été absolument négatifs. On en jugera par la comparaison des mensurations prises par nous à divers moments :

Le 22 janvier, avant le commencement du traitement, la mensuration nous fournissait les résultats suivants :

Circonférence du tronc :

1° Au niveau de la pointe de l'appendice xyphoïde, 51 cent. 5,

2° A mi-chemin entre l'ombilic et la pointe de l'appendice xyphoïde, 49 centimètres.

3° Au niveau de l'ombilic, 44 centimètres;

4° Au niveau des épines iliaques antérieures et supérieures, 40 centimètres.

Le 9 avril, quelques jours après la cessation du traitement, la mensuration pratiquée dans les mêmes points, nous a donné :

1° Au niveau de la pointe de l'appendice xyphoïde, 52 centimètres;

2° A mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, 53 centimètres;

3° A l'ombilic, 49 centimètres.

Enfin, une troisième mensuration faite ce matin même (26 juillet) m'a fourni les résultats suivants :

1° A la pointe de l'appendice xyphoïde, 55 centimètres;

2e A mi-chemin, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, 57 centimètres.

3° A l'ombilic, 56 centimètres;

4° Au niveau des épines iliaques, 48 centimètres.

Ces trois mensurations successives montrent bien l'aggravation qui s'est produite dans l'état de la malade, puisque nous y voyons la circonférence du tronc passer :

1° Au niveau de l'appendice xyphoïde, de 51 cent. 5, à 52, puis 55 centimètres;

2° A mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, de 49 centimètres, à 53 et 57 centimètres;

3° Au niveau de l'ombilic, de 44 centimètres, à 49 et 56.

Ma seconde observation est celle de ce jeune garçon de quatorze ans et demi que je vous ai présenté dans notre dernière séance (mercredi 19 juillet), atteint d'un volumineux lymphosarcome de l'aisselle et du triangle sus-claviculaire du côté gauche.

Ce garçon me fut adressé le 24 mai dernier par son médecin avec le diagnostic de lymphosarcome, diagnostic qu'il me fut facile de confirmer.

A l'inspection nous trouvions chez lui une tumeur volumineuse de l'aisselle gauche, effaçant le triangle sus-claviculaire et le sillon pectoro-deltoïdien, remontant derrière la clavicule dans le triangle sus-claviculaire jusqu'à la partie moyenne du cou en s'enfonçant en arrière sous le trapèze. La tumeur était partout adhérente en bloc avec les parties profondes, et, dans l'aisselle, il y avait un point d'adhérence très nette avec la peau. L'examen des autres régions ne montre pas trace de ganglions, ni dans l'aisselle et le cou du côté opposé, ni dans les régions inguinales.

Je montrai ce malade à M. Doyen et aux membres de la Commission chargée par vous de suivre les résultats du traitement sérothérapique. Il fut convenu que ce malade serait soumis aux injections de sérum de M. Doyen. Du commencement de juin au 15 juillet, le malade a reçu dix injections faites dans la maison de santé de M. Doyen. Or, au 15 juillet, nous constations chez lui une aggravation manifeste. Il y a augmentation de volume du néoplasme dans tous ses diamètres; en même temps, la tumeur est chaude; la peau à son niveau, présente des plaques violacées et des petits noyaux qui rappellent ce qu'on trouve dans les squirrhes en cuirasse. La tumeur est intimement adhérente avec le sterno-mastoïdien, et le déborde en dedans, en s'avançant jusqu'à la ligne médiane.

En outre, des ganglions ont envahi le creux sus-claviculaire et le creux axillaire du côté droit, sains auparavant. La masse axillaire gauche adhérente à la peau a beaucoup augmenté de volume; à ce niveau, la peau est violacée et menace de se rompre. En un mot, sous tous les rapports, il y a une aggravation manifeste.

En un mot, Messieurs, nos deux faits personnels viennent confirmer ceux de M. Delbet et les conclusions de son rapport; dans ces deux cas, le traitement sérothérapique de M. Doyen n'a été pour les malades d'aucune utilité.

Communication.

Hernie isolée de l'appendice iléo-cæcal du côté droit. Vérification du diagnostic par l'opération,

par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, je vous demande la permission de vous rapporter brièvement une observation de hernie isolée de l'appendice, dans laquelle l'ensemble des symptômes nous a permis de porter avec

une grande précision le diagnostic, vérifié d'ailleurs par l'opération. Il s'agit d'un enfant de trois ans, amené le 14 juin dans notre service, pour une hernie inguinale droite dont la mère avait constaté l'existence dès l'âge de quinze mois.

En l'examinant, on constate immédiatement une augmentation de volume de la moitié droite du scrotum. Celle-ci devient plus manifeste, quand l'enfant est resté quelque temps debout. La moitié droite du scrotum se distend et prend une coloration légèrement bleutée.

Le testicule reste nettement isolable à la partie inférieure de la tumeur. Au-dessus de lui, on sent une masse liquide qui se tend pendant les efforts de toux, qui fuit devant la pression des doigts avec un choc caractéristique ; du reste, il existe une transparence manifeste.

Quand le liquide est réduit, on sent entre les doigts un feuillet mince, qui n'est autre chose que la paroi du sac elle-même. Enfin, plus profondément, et à la partie supérieure de la tumeur, on trouve par la palpation un cordon arrondi, d'un demi-centimètre de diamètre environ, qui remonte obliquement en haut et en dehors dans l'intérieur du canal inguinal. Ce cordon se termine brusquement en bas par une extrémité légèrement renflée, mousse, et libre d'adhérences. On le refoule bien par en haut dans le canal inguinal, mais il n'est pas complètement réductible, et, dès qu'on cesse la pression de bas en haut, il ressort immédiatement.

La forme, le volume, la direction de ce cordon, ses rapports, tout concourait à nous le faire considérer comme l'appendice. Nous portâmes donc le diagnostic de hernie isolée de l'appendice iléo-cæcal avec épanchement liquide dans l'intérieur du sac.

L'opération faite par moi le mardi 27 juin, nous permit de confirmer de point en point le diagnostic. Nous pûmes constater tout d'abord que le sac était indépendant de la tunique vaginale, ainsi que le faisait prévoir l'isolement du testicule, par rapport au reste de la tumeur. Le sac ouvert, nous aperçûmes immédiatement dans son intérieur l'appendice se terminant par une extrémité légèrement renflée et adhérant à la paroi postérieure du sac sur toute sa longueur. Au niveau de son sommet, les adhérences étaient tellement intimes que je dus exciser, dans une petite étendue, la paroi du sac elle-même. Sur tout le reste du trajet de l'appendice, l'adhérence au sac était représentée par le méso-appendice lui-même, qu'il me fut facile de dissocier ; le méso fut saisi avec des pinces. L'apppendice lui-même était fort long ; il mesurait environ 7 à 8 centimètres de longueur, et ce fut seulement après avoir débridé l'orifice externe du canal inguinal, que

je pus arriver sur son point d'insertion au cæcum. L'appendice fut lié à sa base avec un catgut et réséqué ; le moignon fut touché au thermocautère, le méso-appendice lié au catgut, et le sac lui-même fermé par une suture au catgut. L'opération fut terminée par la reconstitution de la paroi antérieure du canal inguinal par une suture au catgut, et la suture de la peau au crin de Florence sans drainage. L'opération date aujourd'hui d'un mois, et le petit malade, guéri, a quitté l'hôpital.

Messieurs, je ne me serais pas permis de vous rapporter ce petit fait, très simple, si je n'avais été frappé de voir certaines personnes compétentes nier ici la hernie de l'appendice, et admettre l'existence d'un kyste canaliculé du cordon. Oui, sans doute, il existait du liquide en quantité très notable dans la tumeur; la chose n'était pas douteuse, car nous constations une transparence manifeste. Mais ce liquide était complètement réductible, ce qui ne pouvait s'allier à l'hypothèse d'un kyste du cordon. Il était bien évident que nous nous trouvions en présence de liquide contenu dans un sac herniaire, d'une hernie aqueuse en un mot, indépendante de la tunique vaginale. Du reste, après réduction du liquide, nous sentions manifestement entre nos doigts le feuillet constitué par la paroi du sac elle-même. C'était dans l'intérieur de ce sac que se trouvait le cordon décrit précédemment. Comment expliquer la présence d'un kyste canaliculé du cordon dans l'intérieur d'un sac herniaire? Enfin, dernière considération importante, l'extrémité terminale de ce cordon que nous sentions dans l'intérieur du scrotum était parfaitement libre, et non reliée au testicule par les éléments du cordon, comme la chose aurait dû être, dans l'hypothèse d'un kyste canaliculé du cordon spermatique. En un mot, tout plaidait contre cette hypothèse; au contraire, tout parlait en faveur d'une hernie isolée de l'appendice. Ce fait que la hernie occupait la moitié droite du scrotum devait encore être pris en considération. En résumé, tous les détails cliniques de cette observation nous conduisaient forcément, invinciblement, au diagnostic de hernie isolée de l'appendice; et c'est là précisément ce qui fait l'intérêt de ce cas particulier.

M. Félizet. — La présentation de M. Kirmisson est particulièrement intéressante. Elle a trait à une forme rare de l'appendice constituant le contenu d'une hernie. C'est en raison de cette rareté que le diagnostic a présenté quelques incertitudes.

J'ai rencontré, pour ma part, une dizaine de fois l'appendice au cours de mes opérations radicales, j'entends l'appendice normal, exempt d'inflammation, tout à fait froid, mais je ne l'ai pas

encore trouvé adhérent au sac, par l'intermédiaire d'un *méso*, et à l'état isolé.

Je l'ai vu accompagnant le cæcum hernié. C'était, en fait, un incident, une annexe, un détail, pour ainsi dire, d'une ectopie herniaire congénitale du cæcum.

C'est justement cette adhérence au sac herniaire, cette fixation de l'appendice seul dans le tunnel péritonéo-vaginal et cette solidarité avec le collet, qui pouvait faire songer à un kyste.

Grâce à l'exemple que nous apporte M. Kirmisson, nous devons établir deux formes de hernie de l'appendice : la *forme adhérente*, sans ectopie du cæcum et la *forme libre*; la première forme est rare, la seconde forme est assez fréquente; je l'ai généralement diagnostiquée et j'ai qu, le plus souvent, préparer mon action en conséquence.

C'est dans les hernies volumineuses, et surtout dans les hernies à anneaux larges et à piliers malformés (absence de pilier externe) qu'on la rencontre.

On la sent sans difficulté par la palpation, quand on étudie l'état du contenu d'une hernie; le doigt en détermine, au milieu des anses intestinales, la forme, la consistance et la direction.

Il est possible, en réduisant l'intestin, de la retenir dans le sac, d'en préciser le volume, d'en annoncer les flexuosités, la longueur, etc. Pour qu'un appendice prenne part à la constitution d'une hernie, il faut qu'il soit d'une *longueur anormale*. Ce sont toujours des appendices longs que j'ai trouvés. C'est précisément cette longueur qui m'a semblé commander la conduite que j'ai généralement tenue et que voici :

Je fais toujours l'excision de ce petit organe, dans l'idée que sa longueur est une des conditions occasionnelles, la menace d'une inflammation ultérieure.

A l'ouverture du sac, je le saisis, je l'attire, avec le cæcum qui vient aisément et au plus près duquel je le lie.

Si je ne vois pas l'appendice, je le cherche dans le ventre et comme l'*anneau est toujours un anneau large*, mon doigt le trouve, l'amène et je le lie; *c'est toujours un appendice très long*.

L'appendicectomie est autrement facile que dans le cas que M. Kirmisson vient de nous exposer.

C'est un temps parfaitement inoffensif; il ne comporte aucune gravité et je suis persuadé qu'il répond à une *indication de prévoyance*.

C'est une manœuvre insignifiante au point de vue du pronostic et de la durée de l'opération radicale de la hernie.

M. Kirmisson. — Il s'agit d'une hernie isolée de l'appendice.

M. Monod. — Je veux seulement rappeler qu'il y a fort longtemps, au début de ma carrière, j'ai eu occasion d'opérer chez une femme adulte une hernie inguinale étranglée, dans le sac de laquelle je trouvai l'appendice seul sans anse intestinale adjacente.

Ces cas ne sont pas absolument rares, et à l'occasion de mon observation j'en avais réuni plusieurs ; leur nombre, je le sais, s'est augmenté depuis. Ce qui est rare, c'est de faire le diagnostic de ce contenu de hernie, et je crois que l'on ne peut que féliciter M. Kirmisson d'y être parvenu.

M. Moty. — J'ai eu l'occasion d'opérer un cas de petite hernie inguinale droite ne contenant que l'appendice sain d'ailleurs, que je réduisis, ce que je ne ferais plus aujourd'hui. Ce malade a guéri mais il présentait avant son opération un signe diagnostique particulier ; c'était la forme allongée et la consistance ferme de sa hernie. Je ne craindrais pas dans un cas semblable de poser nettement le diagnostic de hernie de l'appendice.

Canule-trocart à trachéotomie,

par M. REYNIER.

Messieurs, je vous demande la permission de vous présenter la canule-trocart à trachéotomie du Dr Glover, canule dont je vous ai parlé dans l'avant-dernière séance. Cette canule a été présentée en 1892 à l'Académie de médecine par M. Labbé ; et si M. Péan, que j'avais cité, a pris la parole, c'était pour reclamer pour lui la paternité de la canule, qui porte le nom de M. Krishaber, et dont la canule de M. Glover n'est qu'une modification heureuse.

Avant M. Glover, des tentatives avaient déjà été faites dans le but de supprimer un des temps les plus ennuyeux de la trachéotomie, l'introduction de la canule, et de la faire pénétrer par simple ponction de la trachée.

Une canule-trocart a été faite par un médecin de la marine M. Racollot ; on la trouvera dans le catalogue de M. Mathieu. Mais la pointe fixe de ce trocart fut redoutée des chirurgiens pour la paroi postérieure de la trachée. D'autre part dans cette canule, la colonne d'air à l'intérieur même du trocart, était insuffisamment ménagée. C'est à ces deux inconvénients, qui firent rejeter cet instrument, que remédie la disposition adoptée par M. Glover. La pointe de son trocart, grâce à l'adjonction d'un ressort, se dissimule presque automatiquement au moment où elle devient redou-

table, et le trocart étant creux, et muni de deux œillères latérales près de son extrémité acérée permet à la colonne d'air qui s'échappe d'indiquer qu'on est bien dans la trachée.

De la résection du grand sympathique dans la névralgie faciale,

par M. PIERRE DELBET.

Messieurs, je voudrais vous entretenir brièvement d'une opération à laquelle on ne me semble pas accorder l'attention qu'elle mérite. C'est la résection du ganglion supérieur du sympathique cervical dans les névralgies faciales rebelles.

Cette opération, dont l'honneur revient à Jaboulay, mérite qu'on l'étudie. Il me semble même que les documents que nous possédons à son sujet non seulement la justifient, mais doivent conduire à la pratiquer. C'est là ce que je voudrais vous dire en m'appuyant sur trois observations personnelles.

Ce qui l'a fait tenir en une sorte de suspicion, c'est sans doute qu'elle ne porte pas sur la région malade, qu'elle se fait à distance et qu'au premier abord on n'en aperçoit ni les raisons, ni le mode d'action. J'ai dit moi-même ici, le 8 juillet, qu'elle m'avait semblé si peu rationnelle que j'avais d'abord refusé de la faire. C'était une faute de réflexion dont je m'accuse.

Et en effet, si l'on excepte le pneumogastrique, le trijumeau est de tous les nerfs celui qui a avec le sympathique les connexions les plus nombreuses et les plus intimes. Des ganglions sont annexés à ses trois branches; il reçoit des anastomoses du ganglion cervical supérieur et du plexus caverneux; il renferme en outre de nombreuses fibres sympathiques provenant directement de sa racine bulbo-protubérantielle.

D'autre part, la clinique et l'expérimentation ont montré que, après la résection du ganglion cervical supérieur, les fibres qui partent de ce ganglion dégénèrent. Mais ce n'est pas tout, Hoeben et de Huet ont constaté expérimentalement que la résection du ganglion cervical supérieur amène des modifications dans la moelle et jusque dans le bulbe, au niveau même des origines de la 5e paire (1).

Les cellules nerveuses qui s'altèrent sont-elles toutes des cellules sympathiques? La chromatolyse porte-t-elle sur des cellules d'un autre ordre et est-elle due à des modifications vasculaires?

(1) Voir la thèse de Fremier soutenue à Lyon le 11 juillet 1900.

En d'autres termes, s'agit-il d'un trouble neuro-trophique ou d'un trouble circulatoire? Je n'en sais rien; ces questions sont absolument hors de ma compétence.

Mais les modifications produites par la résection du ganglion supérieur dans les filets qui en partent, dans la moelle cervicale, dans le bulbe, ne paraissent pas douteuses, et lorsqu'on en lit la description, on se demande non pas comment cette résection agit sur la névralgie faciale, mais comment elle ne produit que des changements heureux sans amener des troubles graves. Heureusement, nous avons des expériences et des faits cliniques suffisamment anciens pour prouver qu'il n'y a rien à craindre.

Voici, Messieurs, mes trois observations personnelles :

Ma première est celle d'un infirmier de l'hospice de Bicêtre qui avait déjà subi l'arrachement du sus-orbitaire et du sous-orbitaire. Je lui fis, le 8 octobre 1901, la résection du ganglion de Gasser et je vous l'ai présenté complètement guéri quelque temps après.

Comme on a dit, je le sais, que je n'avais point enlevé le ganglion de Gasser, je vous demande la permission de revenir sur cette opération.

Après avoir suivi le maxillaire inférieur jusqu'au ganglion, j'ai incisé la dure-mère pour ouvrir le cavum. Mais, et j'insiste sur ce point, le cavum n'existait pas; le ganglion était intimement adhérent à la dure-mère. J'essayai de dénuder le ganglion à la sonde cannelée, mais je n'y réussis que fort incomplètement. Je saisis alors le nerf maxillaire inférieur dans une pince au ras du renflement; je tâchai d'entraîner avec lui le plus possible du ganglion. J'enlevai ainsi un tronçon nerveux long de 3 centimètres. Il fut facile de voir qu'il comprenait le segment du ganglion correspondant au nerf maxillaire inférieur plus une portion du tronc du trijumeau. Mais je n'avais pas tout le ganglion. Je tâchai de détruire le reste avec une petite curette. Ce que j'ai détruit ainsi, je ne puis pas le savoir exactement. Il est en tout cas certain que j'avais rompu la continuité et de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur, car l'anesthésie a été complète dans le domaine de ces deux nerfs.

Les douleurs ont disparu immédiatement et complètement. Le résultat de cette opération a donc été excellent, mais il n'a pas été durable. Au bout de huit mois environ, les douleurs ont reparu et rapidement elles ont repris leur acuité primitive. Faut-il attribuer ce retour des douleurs à ce que l'opération a pu avoir d'incomplet? Très franchement je n'en suis pas sûr; je dirai même que je ne le crois pas, et cela parce que elles ont réapparu non seulement dans le territoire de la branche supérieure dont la partie ganglionnaire avait pu n'être que partiellement détruite, mais aussi dans le

domaine du nerf maxillaire inférieur dont la portion ganglionnaire avait été certainement enlevée et même avec une portion de la partie correspondante du tronc du trijumeau.

Quoi qu'il en soit, le bénéfice de l'opération était totalement perdu. Le malade souffrait comme par le passé et réclamait une nouvelle intervention.

J'étais fort embarrassé. Tenter une nouvelle intervention sur le ganglion de Gasser me semblait singulièrement hasardeux. La dure-mère devait être fusionnée avec la cicatrice qui avait comblé la perte de substance de la base du crâne. En l'absence de points de repère osseux, on courait le risque de s'égarer.

C'est dans ces conditions que je me décidai à faire la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique.

Je pratiquai cette opération le 2 août 1902.

Comme il est arrivé dans plusieurs cas, le résultat immédiat fut nul. Le malade, qui est intelligent, a tenu son journal jour par jour. Pendant douze jours il n'y eut rien de changé dans son état. Le 14 août, pour la première fois, il y eut une interruption dans les accès douloureux. Plusieurs alternatives de diminution et de recrudescence des douleurs se produisirent. Au mois de septembre, les accès spontanés disparurent, mais la mastication réveillait les crises douloureuses.

Le 25 septembre, le malade signale pour la première fois que la mastication ne produit plus d'accès mais seulement une douleur sourde.

Le 15 octobre, jour où se termine le journal, le malade signale : « La mastication produit toujours une légère douleur qui se répercute dans le maxillaire inférieur. »

Messieurs, j'ai revu ce malade le 20 juin, par conséquent près de trois ans après l'opération. Il m'a remis écrite de sa main la note que je vais vous lire. Elle a une grande importance, car sur la foi de renseignements qui m'avaient été fournis par des tiers, j'ai dit ici même, à propos d'une présentation de mon ami Poirier, que les douleurs étaient redevenues aussi violentes qu'avant l'opération. Vous allez voir que cela était fort exagéré.

Voici la note du malade :

« Deux ou trois mois après ma dernière opération, je ne ressentais plus que de rares accès, et cela à des intervalles de cinq à six jours et la douleur de ces accès était très minime.

« Cela dura pendant cinq mois et demi à six mois, puis les accès se firent de nouveau ressentir, augmentant graduellement en nombre et en douleur, de sorte que le huitième mois après l'opération je ressentais à peu près deux ou trois accès toutes les

heures mais la douleur et la durée des accès étaient bien deux fois moindres.

« Cela dura près de deux mois, puis les accès diminuèrent en intensité et en nombre, de sorte que le troisième mois après qu'ils eurent réapparu, je n'en avais plus qu'à de très longs intervalles, tous les trois ou quatre jours et très minimes.

« Et cela continua ainsi : je souffrais un mois, deux mois ou trois mois, jamais plus, et j'étais tranquille pendant un mois ou deux mois. »

Vous voyez, Messieurs, que jamais les douleurs n'ont repris ni l'intensité ni la fréquence qu'elles avaient avant la résection du sympatphique et qu'elles avaient conservé pendant une dizaine de jours après. Le malade nous dit que dans ses périodes les plus douloureuses, les accès étaient bien deux fois moindres en intensité et en durée. Ajoutez à cela qu'ils étaient infiniment moins fréquents, puis qu'ils revenaient au nombre de deux ou trois par heure, tandis qu'avant l'intervention ils n'étaient séparés que par des intervalles de deux à trois minutes. Le malade m'a déclaré lui-même que même dans ses mauvais mois, son état était très supportable, tandis qu'auparavant il ne parlait que de se suicider.

Voici un nouveau point intéressant. Depuis deux mois et demi, notre collègue Béclère lui fait des séances de radiothérapie et toute douleur a disparu. « Il ne subsiste plus, écrit le malade, dans le maxillaire supérieur gauche, qu'une minime sensation de gêne, qui se fait sentir surtout le matin au réveil et qui disparaît dans le courant de la journée. »

Je laisse de côté ce qui a trait à la radiothérapie, et qui appartient à Béclère. Il est certain que la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique a produit une amélioration énorme et qui dure depuis trois ans.

Mes deux autres observations sont plus récentes. Elles datent toutes les deux de 1904.

Voici d'abord celle d'un homme de cinquante ans, vigoureux, bien portant qui ne présente aucun antécédent capable d'expliquer sa névralgie : pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de rhumatisme. Ses dents sont en mauvais état.

Il souffre de névralgie faciale depuis neuf ans. Les douleurs siégeaient d'abord dans la moitié droite de la lèvre supérieure, s'accompagnant de contractions douloureuses et de larmoiment.

Les crises devinrent peu à peu plus fréquentes en même temps que les douleurs s'irradiaient à toute la face et à la tempe.

En juillet 1902, notre collègue Guinard lui fit une double opération dont il porte les cicatrices. L'une de ces cicatrices correspond

au trou sous-orbitaire; l'autre plus considérable s'étend du bord inférieur du pavillon de l'oreille jusqu'à deux centimètres en arrière du pli naso-génien. Cette opération l'a débarrassé de ses douleurs, mais elle a amené une légère parésie faciale; la commissure droite est un peu abaissée.

Au bout de quelques mois, les douleurs ont réapparu et le malade entre de nouveau à l'hôpital Dubois le 22 août 1904.

Alors les douleurs siégeaient surtout dans la paupière inférieure et au niveau du grand angle de l'œil.

J'ai fait, le 26 août 1904, la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique.

Dans les jours suivants, il se produisit une vaso-dilatation manifeste de la face et de l'oreille, avec un myosis notable et un léger rétrécissement de la fente palpébrale sans aucun trouble de la vision. Il y eut en outre une tachycardie très manifeste : 112 pulsations pour une température de 37°2.

La tachycardie a été transitoire; le 3 septembre, sept jours après l'opération, le pouls était revenu à 90. Le myosis a persisté, ainsi que le rétrécissement de la fente palpébrale qui est d'ailleurs à peine perceptible. Il ne s'est produit aucune ecchymose sous-conjonctivale.

Au point de vue des douleurs, l'amélioration a été immédiate. Dès le lendemain, les crises douloureuses avaient diminué de fréquence et d'intensité. Bientôt elles ne se manifestèrent plus que lorsque le malade voulait parler ou mastiquer.

Le 6 septembre, le malade n'accuse plus que quelques points douloureux sous-orbitaires, la nuit il dort sans interruption. Le 7 il ne sent plus rien, et quitte l'hôpital le 8.

Depuis, il m'a tenu au courant de sa santé. Le 11 octobre, il m'écrivait : « En rentrant, j'ai eu une accalmie de trois semaines, puis les douleurs sont revenues encore très violentes pendant quinze jours. Depuis quatre ou cinq jours, elles ont complètement cessé, sauf quelques légers tics, très peu fréquents d'ailleurs. »

Cette rechute momentanée est très fréquente et n'empêche pas la guérison définitive.

Le 31 mai de cette année le malade m'écrit de nouveau : « Je puis vous dire que je vais tout à fait bien. Mes douleurs ont complètement cessé dans le courant de janvier... Je suis resté environ six semaines sans rien ressentir du tout. Au bout de ce temps, il s'est produit une petite réminiscence, quelques secondes de douleurs qui m'ont traversé la face, et tout s'est borné là ».

J'ai revu le malade dans le courant du mois de juin, soit environ dix mois après l'opération. Il ne souffre plus du tout. Le myosis et le rétrécissement de l'ouverture palpébrale persistent,

mais à un degré si léger qu'il faut une grande attention pour les constater.

Ma troisième observation est celle d'un vigoureux campagnard, sanguin et quelque peu alcoolique.

Ses névralgies, prétend-il, ont commencé par des étourdissements et des troubles oculaires. Il semble avoir eu des mouches volantes, et, depuis plusieurs années, l'œil gauche est plus rouge que le droit.

Lorsqu'il entre dans mon service de l'hôpital Dubois, le 29 août 1904, sa conjonctive gauche est extrêmement vascularisée, mais il est difficile de faire la part de ce qui revient dans cette congestion à la maladie ou à l'habitude qu'a prise le malade de se frictionner énergiquement l'œil sous prétexte de faire passer ses crises douloureuses.

Les accès reviennent toutes les deux ou trois minutes. Ils débutent au niveau d'un des points d'émergence du trijumeau et produisent en quelques secondes une contracture violente des muscles de la face. Le malade fait d'horribles grimaces. Il compare ses douleurs à celles que produirait un coup de fouet donné au travers de la figure. Au moment des crises, la congestion de la conjonctive devient plus intense.

Le 10 octobre 1902, mon ami Potherat lui a fait la résection du sous-orbitaire et du maxillaire inférieur; c'est un des malades dont il nous a parlé récemment. Depuis cette opération, les muscles de la face, bien qu'ils présentent des convulsions cloniques pendant les crises douloureuses, n'ont cependant pas leur contractilité normale. En dehors des crises, ils présentent un certain degré de parésie et la commissure labiale est abaissée.

L'opération faite par Potherat a été suivie d'un soulagement complet pendant vingt mois. Depuis trois mois les douleurs sont revenues.

Le 1er septembre 1904, j'ai pratiqué la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique.

A la suite de l'opération, la congestion conjonctivale paraît avoir diminué; mais un myosis très accentué est apparu. Il ne semble pas y avoir eu de tachycardie. On n'a jamais compté plus de 80 pulsations.

Dans les deux premiers jours, il ne se produisit aucune amélioration. Les douleurs commencèrent à diminuer le troisième jour. Le 9 septembre, le malade n'eut que trois ou quatre crises dans la journée. Le 10 il n'a pas souffert. Il a été impossible de le retenir plus longtemps à l'hôpital, il est sorti le 11.

J'ai eu de ses nouvelles le 7 juin, soit neuf mois après l'opération. Je respecte la forme de sa lettre en me bornant à corriger

l'orthographe un peu trop phonétique. « Je vous écris pour vous dire que ça va très bien. Mes douleurs ne sont pas méchantes. J'ai des petites crises une fois par hasard. »

Voilà donc trois malades chez qui le résultat a été heureux.

J'ai relevé dix-sept autres observations dont huit appartiennent à Jaboulay, quatre à Chipault, deux à Delagenière, deux à Cavazzoni et une à Poirier. Vous vous rappelez sans doute qu'il nous a présenté son malade. En y joignant mes trois cas, cela fait un total de vingt observations.

Tous les malades ont été très notablement améliorés, sauf un des opérés de Delagenière.

Voici comment on peut grouper les observations au point de vue de la durée des résultats.

Trois malades ont été suivis plus d'un an ; un de Jaboulay (un an et demi), un de Cavazzoni (dix-sept mois), l'un des miens (deux ans et dix mois). Les deux premiers malades sont restés guéris ; le troisième, le mien, sans être guéri, est grandement amélioré. Il déclare que ses douleurs sont beaucoup moins fréquentes et supportables quant à leur intensité. Ce sont donc trois résultats satisfaisants.

Quatre malades ont été suivis plus de huit mois, deux de Jaboulay (huit et dix mois), deux des miens (neuf et dix mois). De ces quatre malades deux sont complètement guéris, les deux autres sont très notablement améliorés. (Celui de Jaboulay a encore huit et dix crises par jour ; mais il en avait auparavant de soixante à quatre-vingts. Le mien m'écrit, je vous l'ai dit, qu'il va très bien et qu'il n'a que de petites crises une fois par hasard.)

Le malade de Poirier a été suivi six mois et est aussi très grandement amélioré. L'observation se termine ainsi le 1er juillet : « Ce malade qui n'a plus de crises se croit guéri. »

L'ensemble de ces résultats n'est certes point parfait, mais il est incontestablement très encourageant. Il paraîtra surtout tel si on songe aux autres opérations que nous pouvons opposer aux névralgies faciales rebelles.

On ne peut vraiment comparer la sympathicectomie à la résection du ganglion de Gasser. Ses effets sont peut-être moins sûrs, moins complets, mais la sympathicectomie est une opération absolument inoffensive. Tandis que la résection du ganglion de Gasser est une opération rude, traumatisante, grave. C'est peut-être la plus grave de la chirurgie actuelle. W. Keen et Lloyd en ont réuni 112 cas qui donnent une mortalité de 20,5 p. 100. Krause, sur 33 résections faites par le procédé de Rose, trouve 7 morts, soit 21,2 p. 100, et sur 128 opérations faites d'après son procédé 21 morts, ce qui donne encore une mortalité de 15 p. 100.

Le douleurs de la névralgie faciale sont si atroces qu'elles justifient toutes les tentatives. Les malades qui souffrent ses tortures s'exposent à n'importe quel péril dans l'espoir d'un soulagement. Il n'en est pas moins vrai qu'il est angoissant de leur faire courir de tels risques de mort pour une affection qui n'est pas dangereuse. Si l'on n'avait rien de mieux à leur proposer, il faudrait bien s'y résigner. Mais étant donné l'innocuité parfaite de la sympathicectomie, étant donné ses résultats, je ne me déciderais certainement pas maintenant à faire la résection du ganglion de Gasser avant d'avoir enlevé le ganglion cervical supérieur.

Je me demande même, Messieurs, si l'on ne doit pas préférer la sympathicectomie aux diverses résections que l'on peut faire sur les branches périphériques du trijumeau.

Les résultats de ces deux genres d'intervention ne sont parfaits ni l'un ni l'autre. Au point de vue de l'efficacité, de la durée des résultats nous ne sommes pas à l'heure actuelle pleinement renseignés, mais il me semble qu'ils sont comparables. J'admets également que la bénignité est égale. C'est donc sur des considérations adjacentes qu'il faut se décider.

La sympathicectomie ne laisse aucune déformation, la cicatrice est à peine visible. Elle entraîne, il est vrai, un myosis persistant, mais qui ne trouble en rien la vision et ne modifie pas l'aspect de l'œil. De même le rétrécissement de la fente palpébrale est si peu apparent qu'il faut le chercher pour le constater. Il passerait inaperçu si l'on n'était prévenu.

Les cicatrices que laissent les diverses résections périphériques des branches du trijumeau siègent en plein masque et sont très visibles. D'autre part, l'anesthésie que laissent ces résections est fort désagréable. Enfin, dans bien des cas, ces incisions lèsent quelques rameaux du facial d'où il résulte un certain degré de parésie faciale.

Ce ne sont certainement pas là de grands malheurs, mais il vaut mieux les éviter. Pour ma part, si je me trouvais en présence d'une névralgie faciale vierge de tout traitement chirurgical, je commencerais par la sympathicectomie.

Si cette opération passait dans la pratique, si l'on savait que l'on possède contre la névralgie faciale une opération d'une efficacité relative mais incontestable, qui ne présente aucun danger, qui ne laisse à sa suite ni cicatrice disgracieuse, ni sensations anormales, ni paralysie, on arriverait sans doute à la faire d'une manière plus précoce, et on obtiendrait peut-être des résultats meilleurs.

Jusqu'ici, la sympathicectomie a donné des résultats très inégaux, les uns très bons, les autres médiocres.

A quoi tiennent ces différences? Peut-on les attribuer à l'opération elle-même? L'extrémité supérieure du ganglion cervical est difficile à atteindre. Peut-être ne l'enlève-t-on pas toujours complètement? Peut-être laisse-t-on parfois quelques cellules ganglionnaires de la corne supérieure. Est-ce à l'imperfection de l'acte opératoire qu'il faut attribuer l'imperfection de certains résultats? C'est très possible. Je crois, en tout cas, qu'il faut s'appliquer à enlever la totalité du ganglion.

Il y a sans doute d'autres causes à l'inégalité des résultats. Faire le diagnostic de névralgie faciale, ce n'est pas, à proprement parler, faire un diagnostic. C'est reconnaître un symptôme, non une lésion. En quoi consistent la maladie, les lésions qui engendrent les douleurs, nous ne le savons pas exactement. Ces lésions sont sans doute très variables, et dans leur siège et par leur nature.

Peut-être s'agit-il, dans quelques cas, de troubles vasculaires? On est tenté de le croire quand on voit que parfois la ligature de la carotide primitive a été suivie de bons résultats.

Il est probable qu'il s'agit plus souvent de lésions nerveuses proprement dites, et celles-ci peuvent siéger sur les branches, sur les ganglions, sur le tronc, sur les racines. J'ai dit que dans mon premier cas, le cavum de Meckel était complètement comblé par des adhérences. Peut-être était-ce là la lésion primitive? Peut-être s'agissait-il d'une gassérite?

La sympathicectomie peut agir sur les troubles vasculaires. Elle peut agir sur les ganglions de Gasser, elle peut agir même sur les racines du trijumeau; j'ai parlé des expériences qui le démontrent. Mais elle n'agit peut-être ni aussi vite, ni aussi complètement sur les uns que sur les autres.

Enfin, il est un élément dont il faut sans doute tenir grand compte, c'est l'ancienneté du mal.

Chez mes malades, j'ai été très frappé de voir l'effet immédiat, en quelque sorte proportionné à l'ancienneté des douleurs. Chez le premier qui souffrait depuis très longtemps, qui avait déjà subi la résection de Gasser, chez qui la récidive des douleurs datait de plusieurs mois, l'amélioration n'a commencé qu'au bout de douze jours. Chez le troisième, la maladie était assez ancienne, mais la récidive après les résections périphériques ne datait que de trois ou quatre mois; le résultat de la sympathicectomie a été presque immédiat, et les résultats éloignés sont très bons.

Chez cinq malades qui sont notés comme guéris, trois de Jaboulay et deux de Cavazzoni, le début du mal remontait à quatre ans et demi, trois ans, deux ans, un an et demi. C'étaient donc des cas relativement récents, tandis que dans les cas où les

résultats sont médiocres, nous voyons que le début de l'affection remontait à dix ans, à douze ans, à trente ans. Aussi il ne me semble pas douteux que le peu d'ancienneté du mal soit une condition qui favorise le succès après la sympathicectomie.

On pourrait se demander si les opérations antérieurement faites, élongation, arrachement, résection des branches périphériques ne jouent pas un rôle dans les résultats de la sympathicectomie. Sur ce point, on peut être très affirmatif. En effet, d'une part, Delagenière qui a associé la sympathicectomie à des résections périphériques, n'a obtenu que des résultats médiocres, et, d'autre part, quatre des malades qui sont comptés comme guéris, deux de Jaboulay et deux de Cavazzoni, n'avaient subi aucune opération autre. Il est donc bien clair que les élongations, arrachements, résections faits antérieurement ou simultanément, n'entrent pour rien dans l'efficacité de la sympathicectomie.

En somme, la sympathicectomie paraît d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce. On peut donc espérer qu'on obtiendrait des résultats très satisfaisants si on pratiquait la résection complète du ganglion cervical supérieur dès qu'on s'est assuré de l'inefficacité du traitement médical.

Présentations de malades.

Tumeur blanche du genou droit, traitée et guérie par les injections de chlorure de zinc. Résection orthopédique du genou gauche pour ankylose osseuse en flexion.

M. Walther. — Je vous présente un garçon de vingt-quatre ans qui entra dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, le 29 juin 1903; il était alors dans un état lamentable, pâle, maigre, marchant péniblement avec des béquilles.

A l'âge de huit ans, en 1889, il avait eu une tumeur blanche du genou gauche, à évolution lente, avec abcès froids, et qui n'avait commencé à s'améliorer qu'après une application de raies de feu profondes, faite par de Saint-Germain en 1894. La tumeur blanche finit par guérir, mais avec une flexion qui augmenta progressivement jusqu'en 1897. Depuis 1901, ankylose complète, presque à angle droit.

Lorsque j'examinai ce malade, je constatai en effet une ankylose complète du genou gauche, une tumeur blanche guérie. Il y avait cependant encore un abcès froid peu volumineux, sous-rotulien, qui guérit après deux injections d'éther iodoformé.

Mais ce qui amenait le malade à l'hôpital, c'était une tumeur blanche du genou droit en pleine évolution : genou légèrement fléchi, synoviale distendue par des fongosités; abcès froid sur la face interne de l'articulation; points douloureux très nets sur la face interne du tibia et sur le condyle interne.

Après quelques jours d'extension continue pour ramener le membre en bonne position, je commençai le traitement par la méthode sclérogène.

J'ai pratiqué trois séries d'injections (environ 60 gouttes de solution de chlorure de zinc au dixième à chaque série) : le 10 juillet, le 5 octobre et le 13 novembre 1903.

Le membre était, bien entendu, maintenu dans un appareil plâtré, avec une compression régulièrement faite.

Au moment de la dernière série d'injections, l'abcès de la face interne du genou était déjà réduit à un très petit volume et ne tarda pas à disparaître complètement.

Au mois de décembre 1903, fut appliqué un appareil silicaté, que le malade garda jusqu'au mois d'avril 1904 et avec lequel il marchait, en s'aidant de béquilles.

Au mois d'avril 1904, l'appareil fut enlevé; le genou était guéri, et vous voyez que cette guérison s'est maintenue depuis plus d'un an.

Le 31 octobre 1904, le malade rentra dans mon service pour subir la résection orthopédique du genou gauche ankylosé, et dont la flexion gênait considérablement la marche.

La résection fut faite le 9 novembre. La section porta sur des extrémités osseuses complètement éburnées, ce qui retarda un peu la soudure qui ne fut complète qu'à la fin d'avril.

Aujourd'hui, vous voyez que l'état général est excellent. Le genou gauche réséqué est solide, en bonne position. Le genou droit, traité par les injections de chlorure de zinc, est en bon état : la rotule est mobile; la flexion se fait jusqu'à l'angle droit à peu près et, par conséquent, la marche est assurée dans les meilleures conditions. Il n'y a pas de mouvements de latéralité. Je tiens à attirer votre attention sur ce retour des mouvements de l'articulation, qui est la règle dans le traitement par la méthode sclérogène. Quand on applique la main sur le genou pendant les mouvements de flexion, on sent des craquements articulaires; il y a là une véritable arthrite sèche, témoignant de la guérison des lésions profondes de la synoviale et des surfaces osseuses.

J'ai tenu à vous présenter ce malade, qui est un exemple typique des grands services que peut rendre la méthode sclérogène. Ce genou droit était en effet dans les conditions qui indiquent formellement la résection, pour nombre de chirur-

giens : foyers nets d'ostéite du tibia et du fémur, articulation pleine de fongosités, abcès périarticulaire. Or, voyez dans quelle situation la résection eût placé le malade au point de vue fonctionnel avec l'autre genou ankylosé à angle droit, ou même redressé par une résection orthopédique.

Grâce au bon résultat des injections de chlorure de zinc, il a un genou droit souple, mobile, qui lui permet de bien marcher avec la résection du genou gauche, et la comparaison des deux membres permet de juger de la supériorité de la méthode des injections sur la résection.

M. SCHWARTZ a par devers lui une dizaine de faits de tumeur blanche traitée par la méthode sclérogène, et il a obtenu d'excellents résultats qu'il compte communiquer lors de la discussion sur le traitement de la tumeur blanche par la conservation.

Projectile dans la face.

M. POTHERAT. — Je vous présente, Messieurs, un jeune homme de vingt-deux ans qui à la sortie d'un théâtre dans le courant du mois de juin dernier reçut une balle de revolver qui ne lui était vraisemblablement pas destinée.

Le projectile avait pénétré à travers la paupière inférieure gauche au-dessus du rebord orbitaire, au niveau de l'angle inféro-externe de la cavité orbitaire.

Qu'était-il devenu? Il était difficile de le préciser. On ne pouvait que procéder par exclusion. Il n'avait certainement pas pénétré dans l'œil, car le malade y voyait, et les milieux oculaires n'avaient rien perdu de leur transparence. Il n'avait point non plus pénétré dans le crâne; car une pénétration à ce niveau eut, à n'en point douter, déterminé de graves accidents; et à vrai dire le malade, quand je le vis le lendemain de l'accident dans mon service de l'hôpital Broussais ne présentait aucun phénomène inquiétant; et en particulier aucun trouble encéphalique. Tout ce que je constatais, c'était une douleur assez vive à la pression exercée profondément dans la fosse temporale au-dessus et en arrière de l'arcade zygomatique du côté droit. Je pensai donc que le projectile avait dû se loger dans la profondeur de la face. Je fis faire une radiographie, et celle-ci me montra une large tâche noire sous la base du crâne, dans le prolongement du plancher de l'orbite, derrière l'ombre projetée par l'arcade

zygomatique. En reportant ces données sur un crâne, j'estimai que la balle aplatie, déformée, devait se trouver dans la fosse pterygo-maxillaire. Le malade se plaignait de douleurs vives, il avait de la fièvre; je résolus d'aller extraire ce projectile. Pour cela je fis l'opération de Lossen Braun-Segond, c'est-à-dire qu'à l'aide d'une résection temporaire de l'arc zygomatico-malaire je m'ouvris un accès sur la loge ptérygo-maxillaire. En réclinant en arrière les fibres antérieures du temporal, je vis le muscle ptérygoïdien externe, et j'aperçus cette tâche noirâtre que laisse dans les parties molles le passage des projectiles. Ecartant alors les fibres de ce muscle, j'arrivai sur la base du crâne à l'union de l'apophyse ptérygoïde, et de la face inférieure de la grande aile du sphénoïde, au point que je vous montre sur ce crâne, marqué d'une croix. Le crâne à ce niveau, était enfoncé; l'extrémité de mon index pénétrait dans cet enfoncement qui n'était pas complet, car je sentais encore la résistance de l'os.

Le projectile avait donc frappé en ce point, mais n'avait pas pénétré. Il devait s'être réfléchi et se trouver dans le voisinage. En effet, je ne tardai pas à le sentir plus profondément et plus en arrière, et le saisissant avec une pince à forcipressure je l'amenai aisément. Il était sur la paroi latérale du pharynx, non loin de la carotide interne dont je pus percevoir les battements. Il était aplati, étalé et représentait une balle de revolver de 7 millimètres environ. Les suites furent des plus simples; il y avait déjà de l'infection, je dus drainer, et pendant quelques jours il se fit de la suppuration. Cela vous explique la présence de cette petite cicatrice adhérente. L'arc zygomatico-malaire non suturé s'est resoudé sans déformation, comme c'est la règle.

Il est facile de reconstituer le trajet suivi par le projectile. Il a pénétré dans l'orbite au niveau de l'angle inféro-externe, s'est engagé dans la fente sphéno-maxillaire, est rentré dans la fosse pterygo-maxillaire, est venu heurter la base du crâne; puis sa force de propulsion étant épuisée, il est resté dans le voisinage. Relativement au passage du projectile dans la partie sphéno-maxillaire, je dois à la vérité de dire que le nerf sous-orbitaire ne paraît pas avoir été atteint. En traversant l'orbite, la balle a lésé le globe oculaire, car le malade déclare y voir un peu moins de l'œil gauche, et l'ayant soumis à l'examen du D[r] Kopft, oculiste de l'hôpital Saint-Joseph, j'ai reçu le 21 juillet de notre aimable confrère la note suivante: « Il s'agit de deux déchirures étendues de la choroïde et de la rétine dans la région inférieure de l'ora serrata, et d'une atrophie de la papille, surtout du limbe temporal (fracture probable du trou optique). La vision est réduite à 4 dixièmes. »

En somme l'œil, vous le voyez, que ce soit directement par choc, ou indirectement par fracture du trou optique, a été très sérieusement touché. Mais en dehors de cette lésion, malgré ce long trajet du projectile à travers une région dangereuse, les désordres déterminés n'ont pas été très graves.

J'insiste surtout sur ce fait pour montrer à nouveau que la résection temporaire de l'arc zygomatico-malaire ouvre un accès relativement large et facile sur une portion étendue de la base du crâne, portion s'étendant du revêtement cutané à la paroi du pharynx, en traversant la fosse temporale dans le sens tranversal, et de la face postérieure de la pyramide maxillaire au col de la mâchoire inférieure dans le sens antéro-postérieur. Cette voie qui permet la résection du nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou grand rond peut, vous le voyez, être utilisée dans de tous autres circonstances.

Présentation d'instrument.

Appareil à chloroforme.

M. Suarez de Mendoza, professeur à la Faculté de médecine de Madrid, présente un appareil à chloroforme (mélange d'oxygène et de chloroforme). — Rapporteur : M. Ricard.

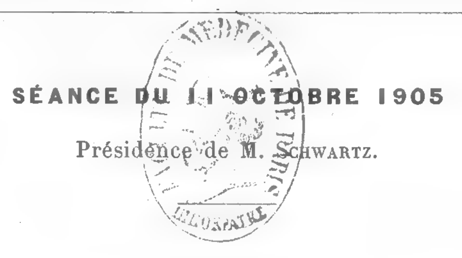
La prochaine séance de la Société aura lieu le **11 octobre**.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1905



Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une observation de M. Kalliouzis (d'Athènes), membre correspondant.

A propos de la correspondance.

1°. — M. CHAPUT dépose sur le bureau de la Société, un mémoire de M. Gervais de Rouville intitulé : *Section du radial, suture secondaire, guérison.* — Ce travail est renvoyé à une commission, dont M. Chaput est nommé rapporteur.

2°. — M. WALTHER présente un travail de M. Psaltoff (de Smyrne) intitulé : *De l'anesthésie par le chloroforme après injection de scopolamine.* — Travail renvoyé à une commission, M. Walther, rapporteur.

3°. — M. HARTMANN apporte une note intitulée : *Pyurie rénale droite, diagnostiquée par la séparation des urines en l'absence de tout symptôme rénal. Diagnostic confirmé par la néphrotomie.* — M. Hartmann, rapporteur.

4°. — M. BROCA dépose un mémoire de M. Gandier (de Lille), intitulé : *Vomique par dilatation bronchique probable, guérie par la thoracoplastie sans qu'on ait trouvé de cavernes.* — M. Broca, rapporteur.

Lecture.

A propos de la restauration rapide des fonctions à la suite de sutures nerveuses secondaires (1),

par M. le Dr KALLIONZIS,
Professeur de chirurgie opératoire à l'Université d'Athènes,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

La très intéressante communication de M. Chaput faite à la Société de chirurgie de Paris (séance du 24 mai 1905) me fait communiquer aussi une observation personnelle sur la suture tardive du nerf radial et qui plaide en faveur de ce que soutient M. Chaput.

Il s'agit du cas d'un jeune garçon de vingt-trois ans qui a été blessé en avril 1897 par un coup de couteau dans une rixe, presque au milieu de la face antérieure du bras droit, et justement au-dessous de l'insertion du deltoïde ; blessure transverse, section nette du radial, ptose caractéristique de la main droite ; le blessé a été traité chez lui ; la plaie a été infectée et après un long traitement elle était cicatrisée ; mais la main droite restait toujours dans la position classique de ptosis qu'on voit aux sections nettes du nerf radial. Deux ans après la cicatrisation, en désespoir de cause, il entre dans l'hôpital d'Athènes « L'Espérance » dans la clinique chirurgicale universitaire du professeur Galvani que j'avais l'honneur de suppléer dans ce temps-là. État général très bon ; état de la main droite en ptosis classique et œdémateuse ; sensibilité absolue sur le trajet du radial. En février 1899, chloroformisation ; j'enlève la cicatrice par le couteau, je trouve les deux bouts du nerf radial à une distance de 3 centimètres l'un de l'autre ; nevrome traumatique au bout central ; le bout périphérique atrophié ; dissection et délibération des deux bouts jusque au point où le tronc, tant périphérique que central, me paraît sain ; rapprochement très difficile, mais obtenu par une suture fine au catgut ; fermeture complète du champ opératoire, pansement aseptique. Réunion *per primam.* Résultat parfait. Après quelques semaines, la sensibilité était revenue, il commençait à faire usage de sa main droite et, depuis, se porte à merveille.

Je ne sais pas si le rétablissement de la fonction du nerf radial suturé a été faite par bourgeonnement ou par régénération autogénique, le fait clinique est là, et il prouve que la restauration

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

rapide après suture secondaire des plaies nerveuses est un fait démontré.

Rapport.

Lipome de l'estomac, par M. N. S. Bénaky (de Smyrne.)

Rapport par M. HENRI HARTMANN.

Il y a quelques mois, le Dr N. S. Bénaky, médecin de l'hôpital Saint-Charalambe, à Smyrne, nous envoyait un estomac des plus intéressants :

Cet estomac, de petites dimensions, était bilobé. La partie pylorique avait la forme d'un boudin et l'on y sentait une tumeur; elle était séparée du reste de l'estomac par un léger étranglement correspondant à la limite de la tumeur; celle-ci déterminait une oblitération complète du pylore car, lorsqu'on fixait l'orifice cardiaque à un robinet d'eau, l'estomac se remplissait sans qu'une goutte de liquide passât dans le duodénum.

L'estomac ouvert, on trouvait, à un centimètre du pylore, une tumeur implantée sur la face postérieure de l'organe. Cette tumeur oblongue, sessile, était aplatie, légèrement ombiliquée en son centre; par suite de la présence de sillons à sa surface elle affectait une forme trilobée. Elle mesurait 6 centimètres sur 3,5; son épaisseur était de 2 centimètres.

Développée dans le tissu cellulaire sous-muqueux, elle était facilement énucléable et n'adhérait à la muqueuse qu'au niveau de sa dépression centrale.

Son poids était de 38 grammes ; son aspect, sa couleur, sa consistance ne laissaient aucun doute sur la nature graisseuse de la tumeur. L'examen histologique d'un de ses fragments, prélevé par notre assistant M. le Dr Lecène, a montré du reste qu'il s'agissait d'un *lipome pur sous-muqueux*.

Malgré le manque absolu de renseignements cliniques sur ce cas qui fut une trouvaille à l'autopsie d'un homme âgé de soixante-cinq ans et mort le soir même de son entrée à l'hôpital, nous avons pensé que le fait méritait de figurer dans nos *Bulletins* au point de vue anatomo-pathologique.

Nos classiques mentionnent bien l'existence des lipomes de l'estomac et décrivent des lipomes sous-muqueux et des lipomes sous-séreux, mais, pour ne parler que des sous-muqueux, les seuls comparables à la pièce de M. Bénaky, lorsqu'on cherche les

observations analogues, on ne trouve jamais que la relation des cas déjà anciens de Cruveilhier (1) et de Virchow (2).

Krüger, dans sa thèse de 1894, n'apporte aucun fait personnel (3) mais rappelle que Tilger, sur 3.000 autopsies, a trouvé 2 cas de lipomes de la région pylorique (4).

A ces faits nous pouvons ajouter une pièce du London Hospital Museum figurée par Fenwick dans son traité des tumeurs de l'estomac (5).

Les *Bulletins de la Société anatomique*, de 1826 à 1886, n'en contiennent aucun exemple. Il s'agit là par conséquent de faits rares, d'autant plus intéressants que, dans les cas publiés, la tumeur se présente toujours avec les caractères habituels du lipome, encapsulement et énucléation facile de la tumeur. Il est évident que dans de pareils cas, l'énucléation, après gastrotomie préliminaire, serait des plus simples. Nous nous contenterons de ces courtes remarques, ayant reproduit, dans notre rapport, la description anatomique du cas si intéressant de notre confrère, le Dr Bénaky.

Communications.

Plaie pénétrante du ventricule gauche. Guérison,

par M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, je vous présente ce malade chez lequel une plaie du ventricule gauche a été suturée à l'hôpital Bichat, par mon interne J. de Fourmestraux, aidé de son collègue Liné et d'après les principes que je leur ai enseigné depuis longtemps, au sujet de la conduite à teñir dans les interventions d'urgence.

L'observation me paraît trop intéressante pour que je ne vous la présente telle qu'elle m'a été remise par l'opérateur lui-même.

A..., (François), vingt-quatre ans, nous fut amené le 5 juillet 1905 pendant notre service de garde à l'hôpital Bichat. L'histoire

(1) Cruveilhier. *Atlas d'anatomie pathologique*, XXXe livraison.

(2) Virchow. *Pathologie des tumeurs*, t. I, p. 369.

(3) Fr. Krüger. *Die primären Bindegewebsgeschwülste der Magendarmcanals*, Th. de Berlin, 1894.

(4) Tilger. *Arch. f. path. Anat.* Berlin, 1893, t. CXXXIII, p. 183.

(5) Fenwick. *Cancer and tumours of the stomach.* London, 1902, p. 350.

de ce blessé peut se résumer en peu de mots. Il avait reçu une demi-heure avant notre examen un coup de couteau porté avec violence et de haut en bas; la lame avait pénétré à un travers de doigt en dehors du mamelon gauche.

Le diagnostic de plaie pénétrante de poitrine et de plaie du cœur probable ne laissa de suite aucun doute dans notre esprit. Le blessé a la face et les extrémités cyanosées, répondait néanmoins aux questions qu'on lui posait et n'accusait pas de douleurs extrêmement vives, mais son pouls était petit, misérable, à peine frappé, mais non arythmique.

La matité cardiaque était nettement augmentée; enfin les bruits du cœur, assourdis, lointains et voilés, s'entendaient à peine. Il n'y avait pas eu d'hémoptysie. La plaie thoracique ne saignait pas.

M. Vivier, assistant de consultation à l'hôpital Bichat, nos collègues Liné et Giroux, l'examinèrent alors et pensèrent tous trois comme moi que le cœur avait été atteint, qu'en tout cas il y avait des signes non douteux d'hémorragie interne grave.

En raison de l'extrême gravité de ces symptômes, nous décidons avec mon collègue Liné de pratiquer une intervention immédiate, après avoir toutefois demandé à M. Picqué, son avis par téléphone.

Après une désinfection soignée des mains et du champ opératoire, nous pratiquons un volet cutané à charnière externe et un volet ostéo-musculaire à charnière interne, sectionnant les 3e, 4e et 5e côtes, à 7 à 8 centimètres du bord sternal.

Le volet est récliné en dedans et nous constatons de suite que la plèvre est ouverte; nous agrandissons l'ouverture.

Le poumon fait hernie dans la plaie en même temps que s'écoule une grande quantité de sang. Nous apercevons alors que le bord antérieur de la languette pulmonaire a été lésé. Nous en faisons l'hémostase avec quelque difficulté.

Réclinant alors en dehors, poumon et plèvre, nous apercevons le péricarde distendu et présentant une ouverture par laquelle, à chaque mouvement du cœur, il s'échappe un jet de sang, comparable à celui que donnerait la section d'une radiale.

Le péricarde est alors largement ouvert, repéré avec quatre pinces de Kocher. Il contient une quantité de sang que nous évaluons au moins à 300 grammes.

Le péricarde évacué de son contenu sanglant, nous constatons alors la présence d'une plaie linéaire, oblique de bas en haut et de dehors en dedans et de laquelle s'écoule en bavant une quantité notable de sang; cet écoulement nous semble plus considérable au moment de la diastole. Cette plaie siège sur le

ventricule gauche, à environ un travers de doigt du sillon interventriculaire, 5 à 6 centimètres de la pointe. Nous introduisons une sonde cannelée entre les lèvres de la plaie cardiaque, elle pénètre dans la cavité ventriculaire; nous ne poussons pas plus loin nos investigations et pratiquons la suture.

Empaumant solidement la pointe entre le pouce et l'index de la main gauche, nous passons un premier point de soie fine, mais ce point n'a pas été assez pénétrant, il coupe et l'hémorragie se fait plus abondante; nous faisons alors un deuxième et un troisième point plus profond, musculaire, grâce auxquels nous obtenons une hémostase parfaite.

Nous asséchons alors de nouveau le péricarde, vérifions nos sutures et fermons par un surjet au catgut, vérifions chemin faisant notre suture pulmonaire et refermons sans aucun drainage.

Les suites opératoires furent simples.

Le blessé reçoit chaque jour 1.500 grammes de sérum, quatre injections d'huile camphrée. Le lendemain il y a un peu de dyspnée; la température est à 37°5, le pouls à 120, mais l'état général est excellent. Le second jour, nous constatons la présence d'un épanchement dans la plèvre gauche; nous pratiquons un empyème et évacuons environ 600 grammes de sang. Le quatrième jour, la température s'élève pour atteindre 39 dégrés, le cinquième et le sixième jours l'état général est moins bon, le malade accuse de la douleur au niveau de l'extrémité inférieure de sa plaie. Sur le conseil de notre maître M. Picqué, nous faisons alors sauter trois fils, débridons la branche inférieure du volet, nous pénétrons jusqu'à la plèvre et évacuons une quantité notable d'un liquide séro-sanguinolent; la température tombe immédiatement.

Deux drains placés au niveau de ce débridement, sont raccourcis, puis enlevés. Au bout de quinze jours le malade se lève quelques jours et quitte l'hôpital.

Aujourd'hui, plus de quatre mois après l'intervention, il peut être considéré comme complètement guéri; il a repris son métier assez pénible.

Notre maître, M. le Dr Talamon, qui a bien voulu l'examiner, avait, il y a deux mois, constaté une tachycardie notable, le pouls était à 110 avec 37 degrés de température. Aujourd'hui, il considère son cœur comme absolument normal, le pouls est à 76. Il n'y a pas de souffle, ni intra ni extra-cardiaque et son hémothorax lui-même n'a pas laissé de trace.

Quelques points assez spéciaux nous ont paru dignes d'être notés au cours de cette intervention.

Le malade, qui à son entrée à l'hôpital répondait aux questions

qu'on lui posait, était pendant les préparatifs opératoires tombé dans un état demi-syncopal et c'est presque sans lui donner de chloroforme que nous avons pu tailler notre volet cutané et ostéo-musculaire. A partir du moment où nous avons évacué le péricarde, il a commencé à réagir et à s'agiter violemment et M. Bené, externe du service, qui administrait le chloroforme, a dû lui en donner une dose assez forte. Ce fait est signalé dans un certain nombre d'observations.

Nous avons pratiqué cette suture avec une aiguille de Reverdin courbe. Ce qui nous a gêné au cours de l'intervention.

Après le premier point de suture, alors que le cœur est immobilisé et par la main et par l'aiguille, il eut un moment, sinon d'arrêt, au moins d'irrégularité inquiétante. Nous sommes persuadés que si nous avions exécuté cette suture avec une aiguille de Hagedorn courbe, toute enfilée, fait le premier point, pour ainsi dire à la volée, tout au moins pour le premier point, nous n'aurions pas eu cet inconvénient.

Pour pratiquer cette suture, nous avons enfin suivi la technique préconisée par M. Guinard et avons immobilisé le cœur solidement au niveau de la pointe avec le pouce en avant et l'index en arrière. Nous sommes persuadés que sans cette manœuvre, nous n'aurions pu mener à bien notre suture.

Telle est cette observation qui appartient tout entière à M. J. de Fourmestraux et fait honneur à son sang-froid et à son habileté. C'est le premier cas qui s'observe dans mon service, où je reçois cependant si fréquemment des coups de couteaux du thorax, de l'abdomen et des membres.

Sans revenir sur les points qui ont été signalés par mon interne, j'insisterai spécialement sur l'avantage qui paraît résulter de mettre en dedans la charnière du lambeau ostéo-musculaire, contrairement à ce qui a été dit. Le lambeau est plus facile à récliner après la suture des côtes.

En mettant d'autre part, la base du lambeau cutané en sens inverse, c'est-à-dire en dehors, on peut peut-être plus facilement prévenir l'emphysème.

Enfin, je rappellerai que dans beaucoup de cas publiés, les malades sont morts d'infection.

Il y a un réel intérêt, quand on observe consécutivement à la suture, des phénomènes d'infection, si fréquemment indiqués dans les observations, de libérer le lambeau cutané et de faire un drainage, soit de la plèvre, soit du péricarde. C'est certainement à cette manœuvre si simple, que nous devons la guérison si rapide du malade.

Plaie pénétrante du ventricule gauche par une balle de revolver de petit calibre. Incision du péricarde. Drainage. Guérison.

par M. LUCIEN PICQUÉ.

Quelques semaines après le beau cas de suture du cœur que je viens de vous présenter et qui appartient à mon interne J. de Fourmestraux, j'ai eu moi-même l'occasion de traiter dans mon service de Sainte-Anne, une plaie du cœur par balle de revolver mais qui s'est présentée à moi dans des conditions bien différentes. Je vous présente également la malade guérie ainsi que l'observation d'après les notes qui m'ont été remises par le Dr Vian, chef de laboratoire.

G..., (Louise), vingt-quatre ans, entre au Pavillon de chirurgie le 17 juillet 1905, venant du service de l'admission où elle était entrée la veille avec le diagnostic immédiat suivant : est atteinte de mélancolie, demi-mutisme; tentative de suicide, s'est tiré une balle de revolver il y a deux jours au niveau du sein gauche. Fièvre (Dr Dagonet).

La malade raconte elle-même qu'à la suite d'un violent chagrin elle s'est tiré de la main gauche, et en pleine connaissance, un coup de revolver, en appliquant l'arme au point où elle sentait le battement du cœur; deux coups partirent sans résultat; au troisième, elle sentit très nettement la balle la traverser et éprouva une douleur très violente qui lui fit lâcher le revolver.

Elle fut alors transportée à l'hôpital Beaujon. L'agitation qu'elle présenta en y arrivant motiva son envoi à l'asile Sainte-Anne.

La malade ne présente pas d'antécédents héréditaires. Au point de vue personnel, elle a toujours présenté une grande impressionnabilité, sans avoir jamais eu de crise nerveuse. Accuse une crise d'appendicite à l'âge de sept ans, et une dyspepsie qui dura deux ans.

A l'examen, je constatai l'existence d'un orifice d'entrée au niveau du 5e espace intercostal et à peu de distance du sternum. Pas de signe apparent d'épanchement pleural. Pas de dyspnée. Pas d'hémoptysie immédiate. Aucune modification du pouls. Une radiographie a été faite qui montre que la balle est placée au centre de la zone d'ombre cardiaque.

La malade présente, au moment de mon examen, une température de 38°3. L'état général est excellent.

En présence de ces symptômes, j'admets la possibilité d'une plaie du cul-de-sac pleural, mais je rejette l'hypothèse d'une plaie

du péricarde. Une intervention est pratiquée avec l'aide de mon interne J. de Fourmestraux, pour désinfecter le trajet du projectile et au besoin pratiquer le drainage de la plèvre.

Je taille un large lambeau cutané à base interne et pratique la résection des 4e, 5e et 6e côtes dans une large étendue.

A ce moment, je constate une perforation du péricarde que j'agrandis. Le péricarde est rempli de caillots sanguins. Je vide avec soin sa cavité avec des compresses de gaze et en relevant le cœur avec la main.

Je constate alors l'existence d'une plaie pénétrante à la base du ventricule gauche, à peu de distance de la cloison interventriculaire, et je la fais constater à M. le médecin principal Chevassu qui a bien voulu assister à l'opération. L'auricule lui-même a été perforé de part en part.

En relevant de nouveau le cœur avec la main, je constate qu'il n'existe probablement pas d'orifice de sortie. La balle est donc fixée dans la paroi.

Je regrette vivement de n'avoir pas à ma disposition le compas de Contremoulins dont s'est si heureusement servi notre collègue Tuffier dans la belle observation qu'il nous a communiquée cette année même.

La plaie ne donne de sang ni à la systole ni à la diastole. Je me décide, dès lors, à ne faire ni exploration ni suture et je me borne à faire un drainage du péricarde à la gaze.

Après l'opération, l'état de la malade est satisfaisant, mais la température reste toujours un peu élevée, et je pratique consécutivement une pleurotomie latérale avec résection costale.

Il s'écoule une quantité assez notable de sérosité sanguinolente.

La température retombe à la normale.

La malade quitte le Pavillon le 8 septembre 1905, complètement guérie de sa plaie et de l'accès de mélancolie qui avait motivé son internement.

L'examen médical de la malade a été fait le 10 octobre par notre collègue M. Talamon, qui trouve son cœur absolument normal.

Hernie intrarectale avec occlusion du rectum par distension du cul-de-sac de Douglas au cours d'une péritonite tuberculeuse. — Entérostomie. — Guérison,

par M. A. MIGNON.

Je vous demande la permission de vous rapporter l'histoire d'un malade telle qu'elle s'est déroulée chronologiquement, en vous exposant les hésitations du diagnostic, les conséquences thérapeutiques de ces hésitations et enfin les raisons qui nous font classer cette observation sous le titre ci-dessus.

Le jeune M..., âgé de vingt-deux ans, a été incorporé dans un régiment d'infanterie au mois de novembre 1904. Il se sentait en bonne santé et n'avait dans ses antécédents pathologiques personnels qu'une attaque d'appendicite à l'âge de vingt ans.

Quatre mois après l'incorporation, il fait une pleurésie séreuse gauche pour laquelle il est soigné à l'hôpital militaire de Bégin pendant près de deux mois et qui lui vaut un congé de convalescence de trois mois.

Pendant son séjour dans sa famille, M... ne fut qu'à demi bien portant. Il éprouvait après les repas, au niveau du creux épigastrique, des douleurs qui duraient quelquefois une grande partie du jour; et les fonctions intestinales étaient très irrégulières, avec des alternatives de constipation et de diarrhée.

Le 3 juillet, à cinq heures du soir, brusquement, coliques violentes généralisées à tout l'abdomen avec besoins répétés d'aller à la selle; et tout à coup, dans un effort de défécation, issue par l'anus d'une masse grosse comme un œuf de poule. Défaillance, coliques, vomissements. Un médecin, appelé en hâte, réduit trois heures après la tumeur anale.

La réduction amène une détente, mais non une disparition des douleurs. Les coliques continuent. Les efforts de défécation provoquent de petites hémorragies; ils sont fréquents et quelques-uns s'accompagnent de la sensation du déplacement d'un corps étranger intra-rectal.

Cette persistance des accidents détermine le médecin traitant à conseiller à M... de rejoindre son corps d'où il ira dans un hôpital où on lui opérera ses « hémorroïdes ». Ce fut le premier diagnostic porté.

M... arrive en effet le 13 juillet à l'hôpital de Melun. Il y est examiné pendant trois jours et évacué sur le Val-de-Grâce, avec la note suivante : obstruction intestinale produite par une invagi-

nation rectale qui empêche la sortie des matières fécales et entretient une sécrétion abondante de glaires sanguinolentes.

J'examine le malade le 17 juillet. L'état clinique me paraît dominé par les signes de l'occlusion intestinale. Le ventre est ballonné, tympanisé sur toute sa surface, et la respiration gênée. Aucune matière fécale, aucun gaz n'est émis par l'anus. Il ne sort de l'intestin que des glaires couleur gelée de groseille, à odeur de sphacèle.

Pas de vomissements ; pas de fièvre ; température plutôt basse, à 36 degrés, pouls normal. Inappétence.

Le toucher rectal fait constater qu'une grosse tumeur arrivant jusqu'au bord supérieur du sphincter externe emplit l'ampoule rectale. La forme générale de cette tumeur est tout d'abord assez difficile à préciser; mais, en prolongeant l'examen, on arrive à trouver qu'elle ressemble assez bien à un gros battant de cloche fixé sur la paroi antérieure du rectum. Elle a une longueur totale de 10 centimètres avec un grand axe parallèle à l'axe du rectum. Elle est étranglée circulairement à sa partie moyenne et présente à son extrémité terminale le volume d'une mandarine.

Le doigt explorateur qui suit la paroi antérieure du rectum est arrêté à 12 centimètres de l'orifice externe de l'anus par un sillon qui correspond à l'implantation de la tumeur. En arrière, si le doigt reste bien appliqué sur la face postérieure de l'intestin, il passe très difficilement entre la tumeur et la paroi, mais il arrive tout de même à pénétrer dans toute sa longueur sans rencontrer d'arrêt : d'où nous avons supposé que la tumeur n'avait pas d'attache postérieure, et qu'elle dépendait seulement de la paroi antérieure de l'intestin, sans pouvoir fixer, bien entendu, la limite supérieure de son pédicule.

Il nous a fallu un certain temps pour nous rendre compte de la disposition de l'intumescence rectale résumée en ces quelques lignes. Le rectum était tellement distendu qu'on ne se repérait pas facilement.

La surface de la tumeur était lisse, sauf au niveau de l'étranglement circulaire. On avait la sensation que cet énorme boudin était reccouvert d'une muqueuse épaissie au-dessous de laquelle j'ai cru distinguer avec le doigt des stries longitudinales rappelant la direction des fibres musculaires intestinales.

La consistance était dure, avec une certaine élasticité, qui pouvait faire admettre que l'on avait affaire à un cylindre distendu par du liquide.

L'examen au spéculum nous donna peu de renseignements. Nous avons vu la partie terminale et arrondie de la tumeur : elle

était rouge, sillonnée de gros vaisseaux et recouverte de glaires sanguinolentes.

Je joins à cette description un schéma qui met sous les yeux

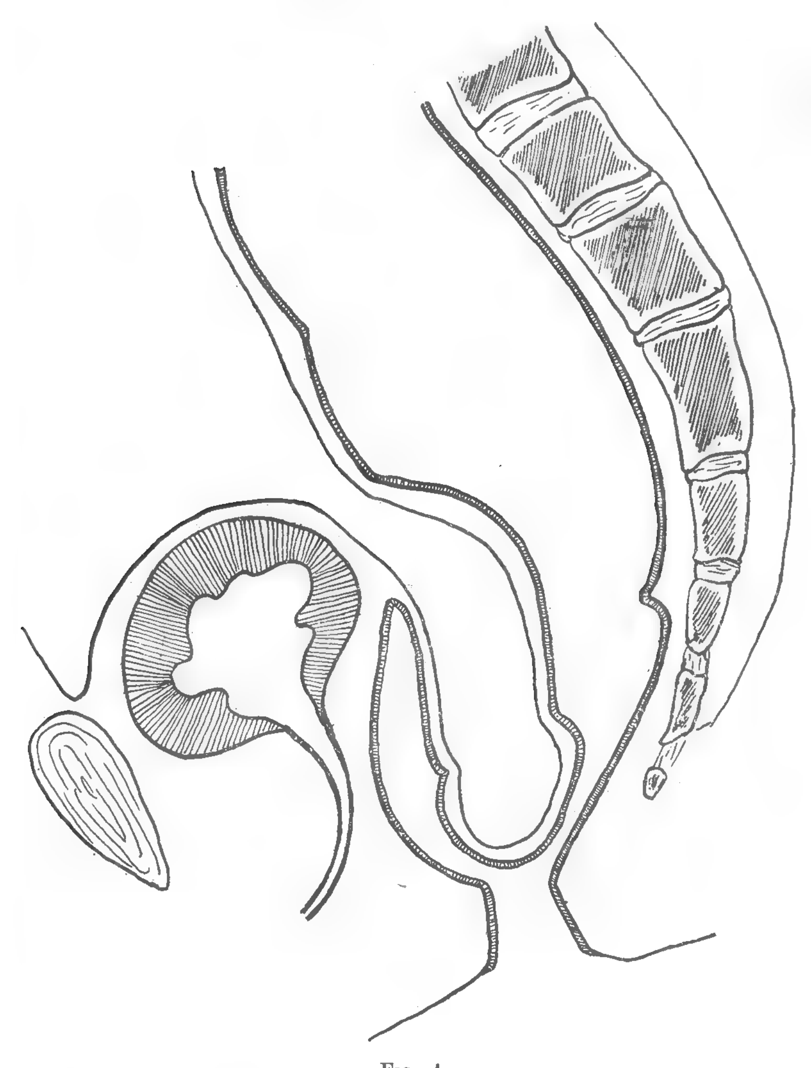


Fig. 1.

Schéma de l'état du rectum, au moment du premier examen.

la disposition que l'exploration digitale m'a fait attribuer à la tumeur.

J'ai maintenu pendant trois jours le malade en observation, et j'ai constaté l'aggravation progressive des phénomènes d'obstruc-

tion intestinale : augmentation du tympanisme et de la distension abdominale ; dyspnée ; vomissements ; dégoût alimentaire ; douleurs vives et constantes ; absence d'émission de matières et de gaz par l'anus d'où ne sortaient que des glaires nauséabondes ; affaiblissement général. Mais ni fièvre, ni modification du pouls.

Le 21 juillet, il m'a semblé que l'observation ne pouvait plus être prolongée, et qu'il fallait prendre une détermination d'intervention.

J'étais embarrassé de savoir que faire, et je pris l'avis de deux collègues : l'un me conseilla d'attirer la tumeur hors de l'anus et de l'exciser comme un polype ; l'autre jugea qu'il convenait mieux de pratiquer une laparotomie médiane.

Ces deux avis n'étaient appuyés que sur des hypothèses. Nous n'avions ni les uns, ni les autres, de diagnostic ferme.

La tumeur rectale — qui était manifestement la cause des accidents d'occlusion intestinale devenus menaçants — ressemblait surtout à un polype. J'avais en même temps, dans le service, un vieillard qui présentait, depuis vingt-cinq ans, un gros polype rectal et dont l'examen se rapprochait beaucoup de celui du jeune soldat M... Mais les polypes n'ont pas la dureté que nous constations cliniquement.

Ce n'était pas non plus un prolapsus entrant dans les catégories ordinaires de ce genre d'affection. J'avais l'impression que la paroi antérieure du rectum était seule en cause ; mais je ne pouvais pas me faire une idée exacte de ce qui la distendait de la sorte. Je pensais bien à une hédrocèle, mais je me disais que l'hédrocèle entraîne la paroi postérieure en même temps que la paroi antérieure de l'intestin, et je ne trouvais rien du côté de la paroi postérieure du rectum.

Je ne voulus faire, dans ces conditions, aucune grande opération : ni ablation de la tumeur qui pouvait me faire ouvrir le cul-de-sac péritonéal, ni laparotomie médiane qui pouvait être inutile, si la tumeur dépendait de la paroi intestinale.

Je pris le parti — peut être trop réservé et même timide — de faire tout d'abord un traitement symptomatique et de remédier à l'occlusion intestinale par l'entérostomie. L'écoulement des matières fécales arriverait peut-être à diminuer la compression rectale et à faire rétrocéder les phénomènes congestifs qui se passaient de ce côté. Je me proposais d'agir plus tard suivant les indications qu'une observation plus prolongée nous fournirait.

J'ai fait le 21 juillet l'entérostomie dans la fosse iliaque droite, afin de me laisser la liberté d'intervenir plus tard dans la fosse iliaque gauche, s'il fallait agir sur le rectum.

Ce que j'ai trouvé à l'ouverture du ventre a été tout à fait inattendu.

L'incision du péritoine donna issue à une grande quantité de liquide citrin clair; et, quand celui-ci fut complètement écoulé, nous vîmes l'anse grêle intestinale en rapport avec la plaie piquetée de grosses granulations tuberculeuses. Les mêmes granulations siégeaient sur le péritoine viscéral; et les anses grêles accessibles au doigt étaient adhérentes entre elles.

Nous étions en face d'une péritonite tuberculeuse.

Je pratiquai l'entérostomie sur l'anse grêle correspondant à l'incision pariétale.

Cette opération soulagea beaucoup le malade; l'écoulement des matières fécales par l'orifice abdominal fut très abondant et les phénomènes d'occlusion disparurent.

Aucune matière fécale ne passa par le rectum jusqu'au 18 août, c'est-à-dire près d'un mois après l'opération. Il n'y avait qu'une sécrétion très abondante de glaires, tellement abondante qu'il fallait changer deux fois par jour le petit matelas de tourbe placé sous le périnée du malade.

A partir du 18 août, des matières fécales commencent à passer par l'anus. En même temps, le courant des matières par l'orifice abdominal diminue; et l'état général se relève.

Le 5 septembre, quarante-cinq jours après l'entérostomie, la plaie du ventre est fermée; le malade engraisse, mange bien, se lève, va à la selle régulièrement et reprend vie. Le toucher rectal permet de constater que la tumeur a disparu. La paroi antérieure de l'intestin est encore épaissie et molle, mais aucune saillie n'existe plus sur sa surface. Le calibre du rectum est moindre que normalement. L'ampoule n'existe pas. La paroi antérieure est appliquée sur la paroi postérieure et le doigt entre dans un canal qui ne paraît pas plus large qu'une anse grêle.

J'ai gardé dans mon service le malade jusqu'à ce jour pour vous le présenter au besoin.

Il offre actuellement tous les signes extérieurs de la bonne santé : Il est frais et gras, a bon appétit, ne se plaint de rien, digère bien et n'a qu'un peu de pesanteur à l'estomac. Les selles sont faciles et régulières. L'abdomen, ni ballonné, ni rétracté, est souple et sonore à la palpation et à la percussion. Le rectum est normal; l'ampoule est reformée. On constate seulement encore un peu d'empâtement à la partie inférieure du cul-de-sac de Douglas.

L'examen rétrospectif des accidents constatés chez notre ma-

lade, permet d'établir maintenant d'une façon à peu près certaine la filiation des lésions,

M... est un tuberculeux qui a d'abord été atteint d'une pleurésie séreuse gauche et a fait ensuite, d'une façon latente, une péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

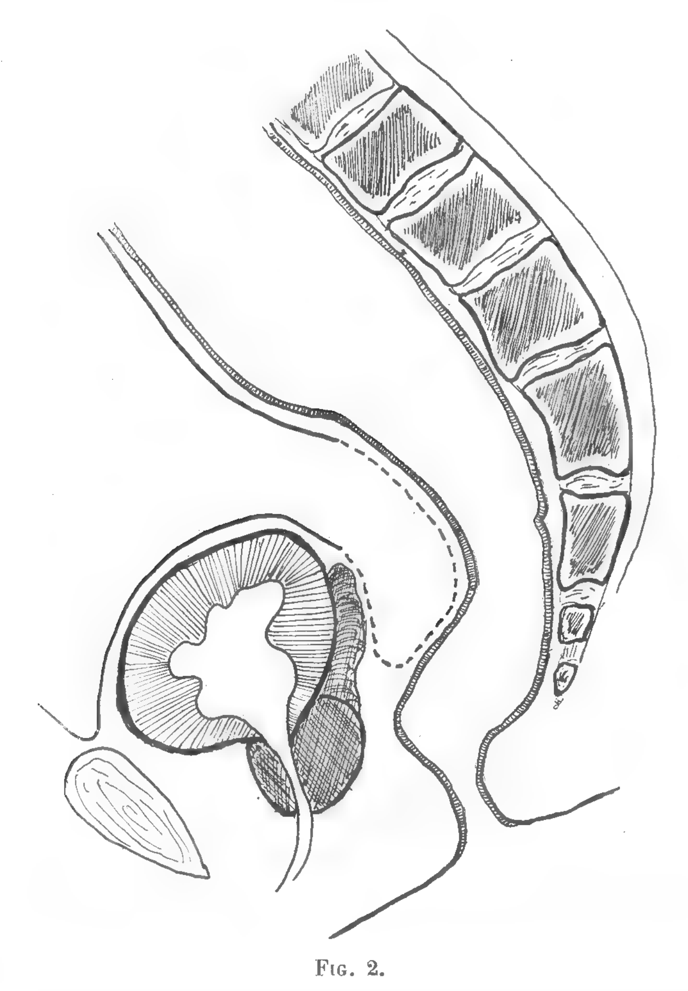


Fig. 2.

Schéma de l'état du rectum, quarante-cinq jours après l'entérostomie.

Au cours de cette péritonite, le cul-de-sac de Douglas s'est laissé distendre et a forcé la paroi antérieure du rectum qui s'est allongée comme un boudin dans l'ampoule rectale et a fini par atteindre de telles dimensions qu'elle a occlus l'intestin.

L'entérostomie a eu pour effets non seulement de mettre fin

aux accidents d'occlusion, mais aussi d'agir sur le péritoine et de le vider de son épanchement ascitique.

La disparition de l'épanchement a agi sur le cul-de-sac de Douglas, dont le retrait a suivi l'évacuation et l'absorption du liquide ascitique.

Mais ce cul-de-sac reste encore encombré d'adhérences que le toucher rectal révèle par la sensation d'épaississement de la paroi antérieure du rectum.

Si j'avais eu la possibilité de me rendre compte avant l'opération de l'enchaînement exact des accidents, j'aurais réglé l'intervention autrement que je ne l'ai fait.

Donnant à la péritonite tuberculeuse le rôle primordial et principal, j'aurais ouvert le ventre sur la ligne médiane et vidé le plus complètement possible la cavité péritonéale, comme on le fait dans la péritonite tuberculeuse. Puis j'aurais essayé par un cathétérisme prudent du rectum, en passant une sonde entre la tumeur et la paroi postérieure de l'intestin, de donner issue aux matières fécales préalablement liquéfiées par un purgatif.

J'aurais ainsi rempli rationnellement toutes les indications thérapeutiques, en n'imposant au malade ni plus ni moins d'aléas qu'il ne convenait.

Malgré les critiques dont cette observation est justiciable, je n'ai pas hésité à vous la communiquer, en raison même de sa complexité et aussi parce qu'elle a trait à une lésion un peu exceptionnelle.

La distension du cul-de-sac de Douglas déterminant un prolapsus de la paroi antérieure du rectum, a été surtout étudiée au point de vue de l'hydrocèle; et votre Société a paru prendre en considération la thèse de Ludloff, qui attribue le prolapsus rectal total à la poussée intestinale dans le cul-de-sac de Douglas.

Le malade dont je viens de vous rapporter l'histoire me semble devoir sa tumeur rectale à une transformation de son cul-de-sac de Douglas en une espèce de sac herniaire congénital, dont le développement a diminué la résistance de la paroi antérieure du rectum.

S'il n'y avait pas eu un commencement de refoulement de la paroi intestinale, la poussée du liquide ne serait pas arrivée à produire le prolapsus que je vous ai représenté.

On observe encore assez souvent des réplétions du cul-de-sac de Douglas par des collections liquides : pus ou sérosité.

La paroi antérieure de l'intestin devient saillante et se voussure, mais ne se dilate pas en battant de cloche pour emplir l'am-

poule rectale, ainsi qu'un volumineux polype. Pareil accident exige une prédisposition congénitale.

Celle-ci a été rendue manifeste par la péritonite tuberculeuse qui a distendu la hernie intrarectale latente, comme on voit quelques sacs de hernie inguinale prendre tout à coup un volume plus considérable sous l'influence d'une poussée tuberculeuse.

L'existence de la hernie congénitale du Douglas est nettement démontrée par une figure du mémoire de Zuckerkandl (1) très voisine de celle de cette observation. L'auteur allemand a trouvé à l'autopsie d'une femme de quarante ans, une dépression de la paroi antérieure du rectum qui s'enfonçait comme un coin dans le canal intestinal. Il y avait, chez mon malade, un étirement plus marqué du cul-de-sac de Douglas, mais la donnée anatomopathologique fondamentale reste la même.

Je me crois donc autorisé à admettre que le jeune M... a été atteint d'une hernie intrarectale à collet sus-jacent au sphincter de Nélaton et à dilatation subite par invasion tuberculeuse du péritoine.

Vaste brèche cranienne de trépanation restaurée par la prothèse métallique,

par M. PIERRE SEBILEAU.

Il y a trente mois, je présentais à la Société de chirurgie (29 avril 1903) un malade sur lequel j'avais remplacé la paroi antérieure du sinus frontal par une plaque d'or. M. Nélaton, peu confiant dans la tolérance des tissus pour les corps étrangers, manifesta la crainte que cette pièce de prothèse ne fût bientôt éliminée et me demanda de présenter le patient à la Société après quelques mois d'observation. C'est ce que je fis à la séance du 25 mai 1904, quinze mois après l'opération.

Le résultat était alors très beau. Il l'est resté. Quoique la pièce ait été appliquée dans une région qui est en communication permanente avec le milieu extérieur (sinus frontal) et scellée dans un os à cette époque voisin d'un foyer infecté (sinusite suppurée), la plaque d'or n'a pas subi le moindre ébranlement. Elle a résisté aux trois mécanismes d'élimination sur lesquels, lors d'une seconde communication (19 mai 1903), j'ai appelé l'attention de la Société.

(1) *Deutsche Zeitsch. für Chirurgie*, 1891, XXXI : Hernies dans le Douglas.

Je vous présente, aujourd'hui, un nouveau malade : c'est un homme de vingt et un ans, sur lequel j'ai comblé, avec une plaque d'or, une large brèche cranienne consécutive à une ancienne trépanation. Mon maître, E. Schwartz, reconnaîtra en lui un de ses opérés de l'hôpital Cochin.

Ce malade ayant appris, je ne sais comment, qu'avec le précieux concours de M. Delair j'avais déjà réalisé une heureuse prothèse métallique du crâne, demanda à M. le directeur général de l'Assistance publique l'autorisation d'entrer dans mon service pour s'y faire restaurer la paroi cranienne. La pression était devenue, en effet, très douloureuse sur toute l'étendue de la région craniectomisée ; tout heurt, tout attouchement qui déprimait l'encéphale était très pénible, et le patient s'appliquait à les éviter jusque dans la manière d'appliquer et de porter sa casquette.

Voici, d'ailleurs, son histoire résumée :

Sans aucun antécédent héréditaire, il se porta bien jusqu'en septembre 1902 (dix-huit ans), époque à laquelle il subit, à l'occasion d'une chute de bicyclette, un traumatisme du crâne (côté gauche) qui le rendit hémiplégique à droite. La paralysie dura quinze jours, et, après trois mois de convalescence, le blessé se crut définitivement guéri.

Mais, au bout de quelques mois (octobre 1903), des crises d'épilepsie apparurent pour lesquelles le malade fut adressé à M. E. Schwartz qui, pensant sans doute avoir affaire à des accidents jacksoniens, pratiqua une large trépanation cranienne dans la région rolandique.

Je ne sais comment se passa l'opération ni quelles lésions furent découvertes. Mais, pendant six mois, les crises disparurent.

Puis, elles se manifestèrent à nouveau et devinrent plus fréquentes. Il en survint jusqu'à trois par jour, proportion qu'avait ignorée le patient dans les premiers temps de sa maladie.

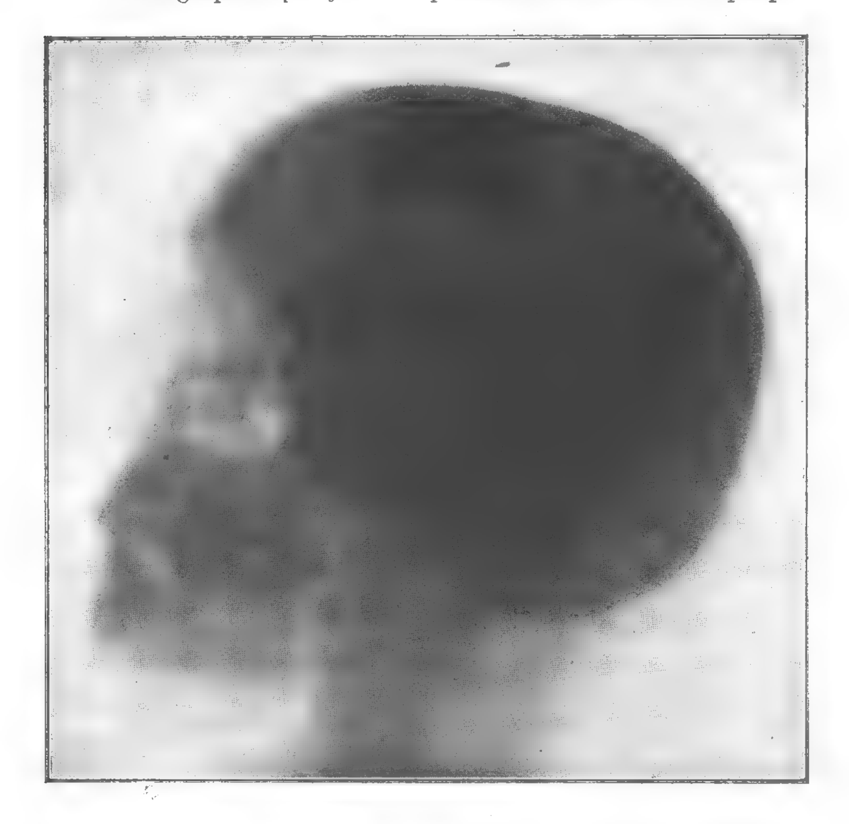
Je dois dire que l'examen de celui-ci ne me laissa pas l'espoir qu'il fût possible de le guérir chirurgicalement des accidents convulsifs dont il souffrait. Je retrouvai dans ses crises presque tous les caractères de l'épilepsie essentielle (cri initial, flexion du pouce, morsure de la langue, bouche écumeuse, convulsions sans localisation). Le malade prévoyait ses crises, dont le début lui était toujours annoncé par des palpitations de cœur et du tremblement des extrémités.

Je lui exposai ma manière de voir; mais, plus que jamais, il marqua son désir d'être opéré et d'être soustrait, au moins, à la douleur provoquée par la pression sur l'encéphale.

Je décidai donc de combler la brèche faite à la paroi du crâne

par la trépanation antérieure, et, pour cela, je fis appel encore une fois au concours de M. Léon Delair. Cette brèche, dans l'aire de laquelle le cerveau battait sous le doigt, occupait la région temporo-frontale gauche, où il était facile de limiter ses bords par l'exploration digitale. Elle avait approximativement la forme d'un trapèze.

La radiographie que je vous présente vous montre la plaque



d'or mise en place ; ses dimensions sont, à quelques millimètres près, celles de la brèche cranienne.

La plaque d'or pèse 47 grammes, elle est à 22 carats.

Son épaisseur est de 1 millimètre. Elle est perforée sur toute son étendue de trous ronds de 3 millimètres. Les angles de chaque trou sont soigneusement arrondis et polis.

A chaque angle de la plaque est soudée une griffe en or platiné faite de fil rond de 12 millimètres de grosseur. Chaque griffe est longue de 10 millimètres ; elle est recourbée à angle droit et forme un crochet de 4 millimètres de longueur.

La plaque et les griffes, préalablement soumises à un essai

dynamométrique sous une presse, ont subi une pression de 57 kilogrammes avant de fléchir.

Les trous s'arrêtent à 6 millimètres des bords, afin de laisser plus de solidité à la pièce, qui, après la brasure des griffes, a été martelée et est ainsi devenue plus rigide.

L'opération fut simple, mais assez délicate.

Au milieu de la perte de substance, les téguments se séparèrent facilement de la dure-mère, à la surface de laquelle je ne trouvai, d'ailleurs, aucune lésion ; mais au niveau des bords j'eus quelque peine à amorcer et à pratiquer le décollement du périoste.

Tout le champ de prothèse ayant été mis à nu, M. Delair fora lui-même, près des bords de la brèche, les trous qui devaient recevoir les griffes de la plaque ; celle-ci fut martelée et ajustée contre ces bords, de manière à se perdre insensiblement sur eux.

L'hémostase ayant été soigneusement faite, la solidité de la pièce ayant été éprouvée, ainsi que la fixité de ses articulations, le vaste lambeau du cuir chevelu fut rabattu sur la prothèse et suturé sans drainage.

Les suites opératoires furent excellentes et le résultat actuel est, au point de vue plastique, excellent. Durera-t-il ? Je l'espère.

Les crises épileptiques ont cessé pendant quelques jours ; elles sont aujourd'hui, à la fréquence près, ce qu'elles étaient avant l'opération.

La pression ne provoque plus de douleur : c'est le seul résultat que nous ayons obtenu... et escompté.

M. Schwartz se réserve de donner l'observation complète dans la prochaine séance.

Présentation de malade.

Urétéro-sigmoïdo-néostomie.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, je veux seulement vous montrer une malade, me réservant de vous en parler avec plus de détails dans quelque temps.

Je lui ai anastomosé ses deux uretères dans la partie terminale de l'anse sigmoïde au niveau du promontoire.

Les suites opératoires ont été très simples, mais la malade a fait ensuite de l'infection rénale. Elle a présenté des accidents de pyélonéphrite grave ; puis les accidents ont rétrocédé et la santé de la malade est redevenue florissante.

L'opération a été faite le 11 février 1905. Depuis plus de trois

mois, il n'y a aucun signe de pyélite. La malade ne prend aucune précaution alimentaire; sa santé est parfaite. Elle va à la selle régulièrement trois fois par jour. C'est-à-dire qu'elle émet par l'anus des urines mêlées aux matières fécales trois fois par vingt-quatre heures. Elle n'a aucun symptôme de rectite. En somme, le résultat de l'opération au bout de huit mois est pleinement satisfaisant.

M. P. MICHAUX. — J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'anastomose de l'uretère non avec le rectum, mais avec le cæcum. Dans les deux cas l'anastomose a été très bien supportée; il n'y avait même pas de selles liquides et aucun signe n'existait d'inflammation et de retentissement rénal.

M. GUINARD. — Il y a quelques années, à propos d'une présentation de M. Michaux, j'émettais des doutes sur la perméabilité de l'orifice urétéro-intestinal. Or, il y a cinq ans, j'ai présenté ici une malade à laquelle j'avais fait à Bicêtre l'anastomose urétéro-colique : comme le rein droit était absolument détruit, il est bien certain que mon anastomose est restée perméable et fonctionne admirablement sans atrophie et sans infection ascendante du rein. Il est clair qu'il en est ainsi puisque après cinq ans sa santé est florissante et le seul rein qui lui reste est celui dont l'uretère est abouché dans l'S intestinal.

M. CHAPUT. — J'ai opéré en 1893 une malade à laquelle j'ai implanté l'uretère dans l'S iliaque.

J'ai pu revoir cette malade en 1905, sa santé est toujours florissante, elle a toujours plusieurs selles liquides par jour, elle ne présente ni tuméfaction ni sensibilité lombaire, et rien ne permet de supposer que son rein se soit infecté. Ce cas est particulièrement intéressant en raison du long temps écoulé.

M. PICQUÉ. — Je demande à M. Guinard quelles sont les raisons qui l'ont décidé à boucher l'uretère plutôt avec l'intestin qu'avec la vessie. J'apporterai dans la prochaine séance une observation très intéressante où j'ai pu avec succès aboucher l'uretère à la vessie.

M. GUINARD. — Je n'ai pas insisté sur les détails de l'observation, que j'ai déjà notés dans nos Bulletins : mais si je n'ai pas abouché l'uretère dans la vessie, ce qui est l'opération de choix comme l'a si bien montré M. Bazy, c'est que j'en avais réséqué un tel morceau qu'il était impossible d'amener le bout rénal au contact de la vessie.

Hémothorax traumatique. Guérison.

M. Sénéchal présente un malade atteint d'*hémothorax traumatique. Guérison.* Rapporteur : M. Bazy.

Présentations de pièces.

Fibro-lipome périostique de la nuque. Ablation. Guérison.

M. Lucien Picqué. — La communication de notre cher président M. Schwartz, sur les fibro-lipomes périostiques, a heureusement provoqué une discussion où plusieurs de nos collègues ont apporté à cette tribune des faits intéressants de leur pratique et nous ont fait connaître la variété encore peu connue de lipomes fixés au périoste des os longs.

Au moment où cette discussion prenait fin, j'opérai, dans mon service de l'hôpital Bichat, un cas assez semblable à celui que M. Lucas-Championnière vous a présenté.

Je crois devoir vous présenter l'observation et les photographies de mon malade.

L... (J.-B.), cinquante-quatre ans, journalier, entre au mois de juin dernier à l'hôpital Bichat, porteur d'une volumineuse tumeur de la région cervicale.

Les antécédents de ce malade n'offrent rien de spécial : ni tuberculose, ni syphilis, ni alcoolisme. Il tousse un peu l'hiver. Depuis quelques mois, il aurait un peu maigri.

Il présente une volumineuse tumeur de la région de la nuque, étendue supérieurement jusqu'à une ligne horizontale qui raserait le bord supérieur du pavillon de l'oreille. En bas, elle surplombe la première dorsale. En avant et à gauche, elle confine à la région parotidienne, atteint presque l'angle de la mâchoire.

Cette tumeur est nettement trilobée, présentant deux lobes à droite et un lobe à gauche plus volumineux. L'indépendance entre les deux lobes droits est plus marquée qu'entre le lobe gauche et le lobe inférieur droit.

Sa consistance est molle, mais non fluctuante.

Il y a adhérence de cette tumeur à la fois avec la peau et le plan profond. L'adhérence au plan profond est surtout marquée à

droite. Il n'y a pas de circulation veineuse sous-cutanée apparente.

Le malade ne donne que des renseignements très vagues sur le début de son affection. Il a toujours, dit-il, eu le « cou gros », mais c'est seulement depuis trois mois qu'il a pris le volume qu'il présente aujourd'hui.

Il ne ressent, au surplus, aucune douleur, et c'est le volume de cette tumeur qui l'amène seul aujourd'hui à se faire opérer.

Il ne présente du reste aucune autre tare organique; son foie et ses reins sont en bon état.

Il y a un peu d'emphysème pulmonaire et quelques râles de bronchite aux deux bases.

Le diagnostic de fibro-lipome de la nuque est porté; on décide une intervention, qui a lieu le 28 juin.

Cette intervention est faite en deux temps.

Dans un premier temps, on fait une première incision à droite, qui permet de constater qu'il s'agit bien d'une tumeur lipomateuse.

Les deux tumeurs sont enlevées; l'inférieure adhère à l'aponévrose, la supérieure adhère à l'occipital, sur toute l'étendue de la ligne semi-circulaire supérieure.

Une seconde incision prolonge la première du côté gauche, incision qui découvre toute la tumeur très adhérente à la peau par des tractus fibreux, et surtout très adhérente à la profondeur. La zone d'adhérences s'étend au tiers inférieur du périoste de l'occipital et à toute l'étendue de l'aponévrose occipitale.

L'hémostase est assez pénible.

Les suites opératoires furent extrêmement simples, et quinze jours après, le malade, complètement guéri, partait à Vincennes en convalescence.

Plaie du cœur.

M. Lenormant présente une pièce de *plaie du cœur.* — M. Rochard, rapporteur.

Appendices.

M. Auvray présente des *appendices.* — M. Faure, rapporteur.

Note sur un cas de coxa vara traumatique (suite d'une fracture du col du fémur chez un adolescent).

M. Ed. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous montrer une radiographie qui m'a paru intéressante et qui concerne un cas de coxa vara traumatique survenu chez un jeune homme de vingt ans, mécanicien, que j'ai eu l'occasion de soigner à l'hôpital Cochin, d'avril à juin 1905.

Il a été soigné, il y a cinq ans, pour une hydarthrose du genou gauche, qui a laissé à sa suite un peu de flexion du genou et une atrophie assez notable des muscles de la cuisse et de la jambe. Il a pu continuer son métier; ressentait de temps à autre quelques douleurs dans le genou et de la faiblesse du membre.

Le 12 avril 1905, en descendant un escalier, il glisse et tombe de la hauteur de deux marches environ sur la hanche gauche. Il se relève seul, mais quand il veut poser le pied à terre, il ressent, au niveau de la hanche, une douleur si vive, qu'il perd connaissance.

On le transporte à l'hôpital Cochin.

Nous constatons à notre visite du matin, sur le blessé couché, que le membre inférieur gauche, tuméfié au niveau de la hanche et du triangle de Scarpa, est immobilisé en flexion, abduction et rotation en dehors; la déformation est telle que le talon du pied gauche repose sur le dos du pied droit; les mouvements volontaires sont impossibles, et l'on ne peut que difficilement en provoquer à cause de la violente douleur ressentie. Aucune crépitation osseuse. Quoique nous ne sentions pas la tête fémorale bien nettement, nous pensons à une luxation iléo-pubienne incomplète. Le blessé est anesthésié; l'examen sous le chloroforme ne révèle rien de plus, et il nous est facile de réduire et de corriger le déplacement. Un appareil de Hennequin est appliqué avec une extension de 3 kilogrammes, et laissé en place vingt et un jours.

Lorsqu'il est retiré, on commence aussitôt la mobilisation et le massage, mais nous sommes frappé d'une déformation persistante qui nous avait échappé pendant l'application de l'appareil de Hennequin. La cuisse est en flexion légère, avec adduction et rotation en dehors; le grand trochanter est saillant en dehors et remonté; l'abduction est très difficile, voire impossible.

Il y a un raccourcissement de 1 à 2 centimètres environ de la jambe malade, quoique la longueur du fémur soit normale. Nous pensons alors qu'il s'est agi d'une lésion du col du fémur, décollement ou plutôt fracture, malgré l'âge du sujet, et nous le faisons radiographier.

C'est cette radiographie que je vous présente et qui nous montre qu'il existe manifestement une difformité du col du fémur gauche.

Ce col fait un angle droit avec la direction du corps, au lieu de l'angle obtus qu'il fait du côté sain; il est horizontal au lieu d'être oblique en haut et en dedans; on voit nettement qu'il est comme raccourci et qu'il présente aussi une hauteur plus considérable que celui du côté opposé. Il semble qu'on voit comme une ligne, allant du grand vers le petit trochanter, un peu plus claire par points, irrégulière et dessinant comme la trace d'une solution de continuité.

Il est incontestable qu'il y a là une déformation consécutive à une fracture, et il semble qu'il y ait un peu de pénétration du fragment interne dans l'externe.

Sous l'influence de cette déformation, le grand trochanter est remonté, repoussé en dehors, donnant à la difformité tous les caractères de la coxa vara.

Le blessé a quitté l'hôpital le 8 juin, marchant encore assez péniblement mais faisant des progrès et venant se faire masser régulièrement. Nous ne pensons pas qu'il ait besoin d'une intervention. Peut-être l'état dystrophique du membre (hydarthrose, puis atrophie) n'est-il pas étranger à la facilité avec laquelle se sont produits la fracture et le déplacement.

J'insiste, en terminant, sur la physionomie spéciale de la fracture chez ce jeune homme, sur le déplacement initial simulant tout à fait une luxation en avant, sur la réduction sous le chloroforme sans aucune crépitation, enfin sur ce fait que, malgré une fracture du col, le blessé a pu se relever seul.

M. Le Dentu. — Cette radiographie montre bien que sur ce sujet, c'est une fracture du col qui a été la cause primitive de la coxa vara. Dans d'autres cas, on le sait aussi actuellement, c'est à un décollement épiphysaire qu'il faut rattacher la déformation de l'extrémité supérieure du fémur. Je puis en citer au moins deux exemples observés chez des adolescents. L'un d'eux était un jeune garçon de quinze ans, que j'ai soigné à l'hôpital Necker; l'autre, une petite fille venue d'une des Antilles françaises et qu'on avait considérée comme atteinte de coxalgie.

Le diagnostic était d'ailleurs rendu difficile par une irrégularité évidente de la coxa vara. Le membre était bien en rotation externe, mais l'adduction faisait défaut. Des signes d'arthrite sèche coxo-fémorale concomitante se sont manifestés au moment de la réduction que j'ai faite sous le chloroforme.

Un traumatisme est certainement plus souvent qu'on ne l'avait

dit jusqu'ici, le point de départ de la coxa vara ; mais il est important de savoir que ce traumatisme peut passer presque inaperçu. Un peu de gêne, de douleur et de claudication pendant les jours qui suivent l'accident, et c'est tout. On est tout surpris ensuite de constater par la radiographie des lésions que les signes cliniques n'avaient pas permis de reconnaître à coup sûr, ni même parfois de soupçonner.

M. Kirmisson. — Il est certain que dans l'étiologie de la coxa vara, il y a une large part à faire au traumatisme, qu'il s'agisse de fractures du col ou de décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur. L'auteur d'un mémoire récent dans les Archives de Langenbeck, Schlesinger, arrive même à cette conclusion que tous les cas de coxa vara de l'adolescence reconnaissent pour cause le traumatisme. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant au point de vue clinique, c'est que ces traumatismes ne revêtent pas dans l'enfance et l'adolescence les mêmes caractères que chez l'adulte. Souvent les malades qui en sont atteints ont à peine gardé le lit; parfois même ils ont continué à marcher d'une manière plus ou moins pénible. On comprend qu'un chirurgien examinant le malade au bout d'un certain nombre d'années et constatant chez lui tous les signes de la coxa vara, n'attribue pas une grande importance au traumatisme antérieur, quand il apprend que ce traumatisme n'a point déterminé d'impotence fonctionnelle absolue, n'a nécessité ni l'immobilisation dans un appareil, ni l'application de l'extension continue. Aussi conclut-on à tort à une coxa vara idiopathique qu'on cherche à rattacher à un état particulier du tissu osseux, alors que le traumatisme est seul en cause.

Présentation d'instrument.

M. Picqué. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie de la part de M. Toubert, membre correspondant, deux aiguilles à suture, d'un modèle fort simple, qui me paraissent appelées à rendre service dans tous les cas où on emploie les aiguilles de Reverdin ou celles de Péan.

La caractéristique de mes aiguilles est la forme de la tige. Au lieu de présenter à la coupe la forme d'un triangle isocèle ou d'un losange comme la plupart des aiguilles courantes, elles ont celle d'une étoile à trois branches, divergentes à 120 degrés, de telle

sorte que leur piqûre ressemble à celle, bien connue, de la ventouse buccale de la sangsue.

Voici comment j'ai été amené à adopter cette forme. Les aiguilles chirurgicales sont des instruments vulnérants piquants, comparables, en plus petit, aux armes de guerre piquantes, telles que l'épée, la lance, la baïonnette, etc. Or, depuis longtemps, la lance et la baïonnette anciennes ont été modifiées et rendues plus pénétrantes ; ainsi la baïonnette dite Lebel et la lance actuelle des dragons sont, la première sur quatre faces et la seconde sur trois faces, fortement évidées, ce qui augmente dans des proportions considérables leur puissance de pénétration, ainsi que je l'ai constaté maintes fois au cours d'expériences comparatives sur le cadavre.

Pour la forme de leur corps, mes aiguilles sont comparables à la lance de cavalerie, c'est-à-dire ont trois faces évidées. Pour le reste, elles rappellent les aiguilles du chirurgien hollandais de Moij, mais elles sont plus longues et plus robustes. Comme ces dernières, elles portent près de la pointe une encoche, à angles soigneusement émoussés, dont l'ouverture regarde en arrière et qui est destinée à retenir et à tirer le fil d'une lèvre à l'autre des surfaces de suture.

J'ai employé mes aiguilles pour toutes les opérations que j'ai eues à pratiquer depuis plusieurs mois sur les membres et sur les parois abdominales ; elles m'ont permis de faire facilement et vite les sutures profondes, tout comme les superficielles. Pour les sutures profondes, je me sers d'une aiguille très courte, en arc, dont la corde mesure 7 centimètres et la flèche 15 millimètres ; pour les sutures superficielles, je préfère une aiguille à peine incurvée, en arc, dont la corde mesure toujours 7 centimètres, mais dont la flèche n'a que 7 millimètres.

Les résultats sont identiques à ceux obtenus avec les autres aiguilles ; les fils ne coupent pas davantage les tissus ; ils ne servent pas plus facilement de conducteurs, le long de la piqûre, aux germes émigrant de la peau vers la profondeur ; la cicatrice due aux fils n'est pas plus apparente ; elle est même presque invisible si on enlève ceux-ci au sixième jour.

Ces aiguilles représentent une simplification d'outillage. Elles sont solides, robustes, bien en main ; elles n'ont ni tubulures, ni cannelures susceptibles de s'encrasser facilement et très difficiles à bien nettoyer ; enfin leur prix est minime. Bref, elles paraissent réunir la plupart des avantages des autres modèles sans en avoir tous les inconvénients. A ces divers titres, j'ai cru intéressant de vous les présenter, comme des instruments susceptibles de pren-

dre place, sinon dans le riche arsenal du chirurgien de grande ville ou d'hôpital, du moins dans la petite trousse du praticien, obligé de réduire son instrumentation au minimum.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de candidatures à une place de membre titulaire, de MM. Auvray, Riche, Morestin et Savariaud ;

3°. — Un mémoire adressé pour obtenir le prix Laborde, avec cette devise : « *Nihil dictum est quod non sit dictum prius.* »

A propos du procès-verbal.

Communication de M. MIGNON.

M. QUÉNU. — Je suis du même avis que M. Mignon au sujet du malade dont il nous a relaté l'intéressante histoire. Mais je crois qu'il est bien probable que les accidents d'obstruction étaient le fait du resserrement d'une hernie intra-rectale autour d'une anse intestinale. Ce qu'il faut noter, c'est la nécessité d'intervenir, d'une façon précoce, par laparotomie, quand on soupçonne une pareille lésion ; c'est évidemment dans un degré de plus qu'on observe ces formidables accidents de rupture du rectum dont j'ai publié deux observations, ruptures qui livrent passage aux anses d'intestin grêle qu'on trouve alors hors de l'anus dans

un état d'altération plus ou moins prononcée chez un malade en état de frigidité et de collapsus.

Épilepsie post-traumatique. Trépanation.

Présentation de M. SEBILEAU.

M. Ed. Schwartz. — Notre collègue Sebileau vous a présenté, dans la dernière séance, un jeune homme de vingt ans, cultivateur, qui a été trépané dans mon service à l'hôpital Cochin, le 31 mai 1904, et auquel on a enlevé par la trépanation environ 6 centimètres carrés du pariétal pour combattre des accidents épileptiques survenus pour la première fois en novembre 1903, soit quatorze mois après un accident de bicyclette avec chute sur la tête et commotion cérébrale. Le blessé revint rapidement à lui, mais fut repris, deux heures après, d'une nouvelle perte de connaissance qui dura six jours. A la suite, il eut une hémiplégie droite qui dura huit jours, mais ne toucha que les membres, bras et membre inférieur. Le blessé guérit complètement et ne conserva même aucun affaiblissement des forces du côté droit.

C'est quatorze mois après qu'apparut le premier accès épileptique, la nuit, avec cris, convulsions, morsure de la langue.

Depuis, ces crises se répètent plus ou moins souvent, tantôt une fois par mois, tantôt plusieurs fois par semaine. La crise est souvent nocturne. Il n'y a pas d'aura. Le coma dure six à huit heures.

Entre temps, il souffre de céphalée violente, localisée à la région pariétale gauche; aucun signe de névrose larvée.

On constate à son entrée, au niveau de la région frontopariétale gauche, à 9 cent. 1/2 sur une verticale élevée de la racine antérieure de l'apophyse zygomatique, une bosselure allongée qu'on ne trouve pas à droite et qui semble une hyperostose avec douleur à la pression. Il n'y a pas d'antécédents héréditaires connus.

Étant donné le traumatisme initial, les signes locaux, nous avons pensé, tout en ne trouvant pas là tout le tableau de l'épilepsie jacksonienne, qu'il était indiqué de faire une large trépanation.

C'est ce qui fut fait le 31 mai 1904, avec les fraises et la scie de Gigli. On trouve nettement un épaississement de la dure-mère, mais aucune saillie osseuse dans le crâne. Guérison opératoire sans incidents. (L'opération a été faite par le docteur Riche).

Les mois de juin et juillet se passèrent sans crise aucune;

celles-ci malheureusement recommencèrent en août, et après elles se sont renouvelées de plus en plus fréquemment.

Je crois, comme mon collègue Sebileau, qu'il s'agit là d'une épilepsie essentielle, mais il était indiqué de tenter une trépanation, étant donnée l'histoire que je vous ai rapportée, les signes locaux, et cela avait été d'ailleurs l'avis d'un de nos maîtres en système nerveux qui avait vu le malade.

Je ne puis que féliciter notre collègue du beau résultat prothétique obtenu, en souhaitant qu'il persiste.

Rapport.

Double plaie pénétrante de la grosse tubérosité de l'estomac. Plaie du foie par balle de revolver. — Intervention. — Guérison, par M. SAVARIAUD.

Rapport par M. PAUL REYNIER.

M. le Dr Savariaud nous a présenté une observation intéressante de laparotomie pour une double plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver, avec guérison suivant cette intervention.

Il s'agissait d'un homme qui, le 21 novembre dernier, était amené à la Charité, venant de se tirer un coup de revolver.

Lorsque M. Savariaud le vit, l'accident remontait à trois heures. Une heure et demie avant de se tirer son coup de revolver, le malade avait fait un frugal repas composé d'un peu de pain, de thon et d'un verre d'eau rougie.

Le revolver dont il s'était servi était un revolver d'ordonnance, chargé avec des balles de 9 millimètres.

L'orifice de la balle se trouvait exactement entre le rebord costal gauche et l'appendice xyphoïde.

Quand M. Savariaud vit le malade, il le trouva très abattu, présentant les signes d'hémorragie interne, décoloration de la peau et des muqueuses, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités; néanmoins l'intelligence était intacte et le blessé parlant demandait instamment qu'on le laissât tranquille, regrettant de n'être pas resté sur le coup.

Localement, l'abdomen était légèrement ballonné, la défense

musculaire était peu marquée, mais il existait une matité non douteuse aux parties déclives de l'abdomen.

Devant cet ensemble de symptômes, M. Savariaud crut devoir pratiquer la laparotomie.

Il fit son incision médiane sus-ombilicale. Le péritoine sitôt incisé, il s'écoula une grande quantité de sang dont l'origine n'est pas découverte de suite. Après avoir longuement épongé le sang qui venait de la profondeur, il aperçut à la fin une plaie du lobe gauche du foie, mais de ce côté l'hémorragie était arrêtée. Poursuivant ses investigations du côté de l'estomac, que d'après le siège de la blessure et la direction de l'arme il supposait lésé, il découvre celui-ci en faisant soulever énergiquement le rebord costal par la main d'un aide, qu'il remplace par une valve suspubienne, qui récline ce bord en dehors. Grâce à cette manœuvre, il aperçut une perforation, puis bientôt une deuxième, au niveau de la grosse tubérosité : par ces perforations en attirant l'estomac, il sort un peu de sang et quelques bulles d'air.

Comme la double perforation est située très profondément, eu égard au siège de son incision médiane, et qu'il cherche à ne pas débrider la paroi, ou réséquer le rebord costal, il a l'idée de saisir l'estomac dans deux pinces courbes garnies de caoutchouc, au-dessous des deux perforations, et grâce à ces pinces il l'attire à l'extérieur pour pratiquer commodément la suture. Il enfouit alors les deux perforations par un double surjet de sutures non perforantes.

La suture terminée, il enlève les clamps et l'estomac remonte sous le rebord costal. Mais les deux perforations étant voisines l'une de l'autre, et pouvant faire craindre qu'il n'y eût là qu'une seule et même perforation en séton, et que la balle n'eût traversé la paroi postérieure, il chercha à s'en assurer. Pour cela il effondre l'épiploon gastrocolique. A peine cet effondrement est-il fait qu'il sort de l'arrière-cavité un demi-litre de sang et de caillots. Ce sang épongé, il examine comme il peut la face postérieure, ce qui n'est pas facile ainsi qu'il le fait remarquer, et il ne trouve aucune perforation. L'hémorragie étant arrêtée sans qu'il eût pu en découvrir la cause, il se contenta de mettre un drain dans l'arrière-cavité, un second devant l'estomac, et il referma non sans avoir vérifié l'état de la rate, qui lui parut sain. L'opération avait duré trois bons quarts d'heure.

Rapporté dans son lit, peu à peu le malade reprend ses sens. Une heure après il répondait bien aux questions; mais il était très faible, et dans la nuit on le crut perdu.

Le lendemain, la température monte à 39°8, mais le soir elle descend à 36°2 et le malade se sent mieux. Les jours suivants le

mieux s'accentue; le pouls redevient plus fort, plus calme. La température ne dépasse pas 38 degrés le soir.

Pendant les six premiers jours le malade est maintenu à une diète absolue, et n'est soutenu que par des injections de sérum. Le cinquième jour on remplace les gros drains par un plus petit. Il s'est écoulé par eux une grande quantité de sang. Le huitième jour, tout drain est supprimé. Le 18 décembre tout est cicatrisé. On enlève alors la balle à la cocaïne, balle qu'on sent sous la peau, à 2 centimètres au-dessous du rebord costal et sur la ligne axillaire, à 19 centimètres de son orifice d'entrée, en ligne droite. Cette balle a donc traversé tout l'hypochondre gauche, obliquement dirigée en dehors, en arrière, et un peu en bas.

Telle est cette observation, que M. Savariaud nous a lue dans un double but.

1° Il nous montrait que par l'artifice qu'il a employé et qui consistait à mettre un clamp sur l'estomac, et à l'attirer au dehors, on peut extérioriser les lésions, et se mettre dans des conditions favorables pour la suture, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à la section du rebord costal, que M. Auvray proposait dans ces derniers temps, et à laquelle je crois, avec M. Savariaud, on ne doit avoir recours que dans des cas exceptionnels.

2° Enfin cette observation viendrait à l'appui des idées soutenues par la presque totalité des chirurgiens sur la nécessité d'intervenir rapidement en cas de plaie pénétrante de l'estomac.

Après avoir complimenté M. Savariaud du beau résultat obtenu par son opération et de la manière dont il l'a conduite, nous voudrions rapprocher de cette observation d'autres faits où le résultat a été aussi beau avec une thérapeutique tout à fait différente.

Le 1er janvier de cette année entrait dans mon service, à 5 h. 1/2, une femme de quarante-six ans, qui, à 3 h. 1/2 du soir, s'était tiré deux coups de revolver dans la région de l'hypocondre gauche, étant à jeun depuis la veille au soir, et n'ayant pris qu'une tasse de café noir à 2 h. 1/2.

Les deux plaies d'entrée étaient situées l'une à deux travers de doigt au-dessus du rebord costal sur la ligne mamelonnaire; l'autre à un travers de doigt au-dessus de ce rebord, à 6 centimètres environ de la ligne médiane. Au niveau de l'orifice d'entrée la peau était brûlée par la déflagration, l'orifice laissant écouler un peu de sérosité noire.

Transportée d'urgence à l'hôpital, elle vomit du sang noir, peut-être un peu aéré. L'interne de garde diagnostique une perforation de l'estomac et fait appeler le chirurgien de garde, M. Riche.

Celui-ci trouve la malade en état de choc, très pâle, le pouls petit, très fréquent, répondant, cependant, et présentant tous les symptômes d'une hémorragie interne.

Il confirme le diagnostic porté par l'interne, et propose la laparotomie à la malade. Mais celle-ci, très agitée, refuse énergiquement, demandant qu'on la laisse mourir. M. Riche est obligé de s'en aller, voyant l'impossibilité de la décider. Il prescrit toutefois la diète absolue, de la glace sur le ventre et de l'ergotine.

A 6 heures du soir, pendant qu'on essayait de l'asseoir pour l'ausculter afin de savoir si le poumon était touché, elle vomit quelques gorgées de sang noir; dans la nuit elle vomit encore un peu de sang rosé.

Le matin, à la visite, on trouve une malade très pâle, se plaignant continuellement, accusant une douleur dans l'hypocondre, dans le dos et jusque dans l'épaule gauche.

Néanmoins le pouls est bien frappé, variant entre 100 et 120; la langue est un peu humide, les lèvres colorées; température 37 degrés.

Il n'y a donc pas, comme l'avait craint M. Riche, les symptômes d'une hémorragie grave.

Elle se plaint d'avoir une soif intense. Suivant rigoureusement les prescriptions, on ne lui avait pas donné une goutte d'eau. Le ventre n'est pas ballonné, il n'est douloureux qu'au voisinage de l'hypocondre et il n'a de défense musculaire qu'à ce niveau.

M. Savariaud qui la voit avant moi de nouveau lui propose la laparotomie que refuse de nouveau la malade. Pendant ce débat, j'arrive, et, considérant l'état de la malade qui m'éloignait de l'idée d'une hémorragie, je cherche à relever la direction probable des balles en demandant à la malade comment elle avait tiré son coup de pistolet : Elle avait tiré avec la main droite, le canon dirigé en haut. Cette réponse me fit supposer que l'estomac seul était intéressé, peut-être le diaphragme; et tenant compte enfin que l'estomac était à jeun au moment de l'accident, je donne raison à la malade, demande qu'on la laisse tranquille, qu'on n'intervienne pas et qu'on se contente d'un traitement médical, affirmant qu'elle a grande chance de s'en tirer.

J'ordonne une application de glace mieux faite, car celle qu'on avait mise la nuit n'avait pas refroidi la peau, ayant été séparée de celle-ci par une couche de ouate. J'enlève cette couche, je mets un pansement occlusif avec gaze iodoformée sur les deux plaies d'entrée, et j'applique ma vessie de glace séparée de la peau que par deux épaisseurs de flanelle; j'ordonne une piqûre de morphine pour calmer la malade, une piqûre d'ergotine pour faire contracter l'estomac, et une injection sous-cutanée d'un litre de

sérum, et je prescris de continuer la diète absolue de liquide et d'aliments.

La diète absolue est continuée pendant quatre jours, avec injection de sérum.

Le 5e jour nous lui permettons de prendre, par cuillerées à bouche, de l'eau de Vichy.

Le 7e jour on lui fait sa dernière injection de sérum, et on commence à lui donner un peu de bouillon, puis du lait. A partir de ce moment le ventre était devenu souple, rien d'anormal ne se produit, et un mois après son entrée la malade partait au Vésinet. Elle revenait au bout de 15 jours, hantée par l'idée fixe qu'on ne lui avait pas retiré ses balles, et qu'elle ne pouvait être guérie qu'à cette condition.

Or ces balles se sentaient l'une sous la peau dans la ligne axillaire, au niveau de la 5e côte; l'autre sur la même ligne, 2 centimètres plus bas, mais un peu plus profonde et contre la 7e côte. Ces deux balles pour contenter la malade furent extraites rapidement, et cette extraction l'ayant tranquillisée, elle quitta définitivement le service.

A côté de cette observation je mettrai trois autres observations similaires de plaies de l'estomac par balle de revolver qu'il m'a été donné d'observer dans ma carrière et qui, toutes trois, se sont terminées de même par la guérison.

Dans un cas, il s'agissait d'une jeune femme morphinomane auprès de laquelle j'avais été appelé par un de mes amis, alors son amant, et qui s'était tiré une balle dans la région stomacale; balle qui avait traversé sûrement l'estomac, puisque depuis je l'ai retrouvée au niveau de la colonne vertébrale, à la hauteur de la 8e dorsale.

Quand j'arrivai, je trouvai une femme dans cet état demi-syncopal presque classique à la suite de ces accidents. Elle était très pâle, avait vomi la valeur au moins de deux verres de sang. Là, je me contentai d'une injection d'éther, de caféine, de morphine, de glace sur le ventre et d'une diète absolue. Avec ce seul traitement ma malade guérit, elle est devenue une de nos brillantes hétaïres que j'ai eu l'occasion de revoir. Elle est venue me consulter pour quelques douleurs au niveau de la colonne vertébrale, douleurs dues à la présence de la balle dont j'ai pu repérer la place avec la radiographie, et qui se trouve en avant de l'apophyse transverse de la 8e dorsale. Cette gêne, à l'heure actuelle, a presque complètement disparu, ce qui fait que, étant donnée la profondeur de la balle, je n'ai pas eu l'envie d'aller la chercher.

Dans une autre observation datant de dix ans, j'étais appelé auprès d'un jeune homme qui s'était tiré également une balle dans la région stomacale, avec vomissement de sang consécutif ne laissant aucun doute sur la perforation de l'estomac. La balle avait dû traverser le diaphragme et le poumon, car le malade eut une expectoration sanglante, plus des signes d'épanchement hémorragique dans la plèvre; je retirai, lorsque les accidents furent terminés, une balle siégeant entre la plèvre et la face postérieure de la 7e côte.

Là encore je me contentai de la glace, de la diète absolue, de la morphine, et mon malade guérit.

J'arrive enfin à la dernière observation que j'ai relevée en 1892, à l'hôpital Tenon.

Il s'agissait d'un jeune pharmacien qui s'était tiré une balle de revolver dans la région cardiaque trois heures après dîner. La balle avait pénétré à un travers de doigt du rebord costal, à quatre travers de doigt de la ligne médiane. Amené dans le service, il avait eu un vomissement de sang, qui s'était renouvelé deux heures après, — le ventre était contracté, le pouls petit — on lui faisait de la caféine, et des piqûres d'éther; nous n'usions pas alors du sérum. On lui mit de la glace sur le ventre. Mais il avait, de plus, uriné du sang, et se plaignait de douleur dans la région lombaire. Nous avons pensé que la balle avait dû toucher le rein — et en effet quelque temps après le malade ayant guéri, mon interne d'alors, M. Leblanc, lui retira une balle sous la plaie dans la région lombaire, entre le rebord de l'os iliaque et les fausses côtes.

Tels sont les quatre cas dont j'ai relevé les observations dans ma pratique personnelle.

Je reconnais de suite que j'ai eu là une série particulièrement heureuse, car dans tous ces cas l'estomac paraissait vide au moment de l'accident, qu'il a été touché seul, et que je n'ai eu affaire qu'à des balles de petit calibre.

Toutefois, tout en faisant ces réserves, vous comprendrez que cette série heureuse me fait penser que la blessure de l'estomac *par suicide* avec balle de petit calibre n'est généralement pas d'un pronostic très grave, si l'estomac est touché seul, s'il est vide au moment de l'accident, et si l'intestin ou de gros vaisseaux n'ont pas été touchés.

Cette impression est confirmée par la lecture et l'analyse des statistiques les plus récentes, qui sont fournies par les partisans

les plus convaincus de l'intervention, et qui ne peuvent être accusés d'avoir choisi les cas.

Je prends, en effet, la statistique dernière qu'a publiée Forgue (de Monpellier) et Jeanbeau. Or, je relève 71 cas de plaies de l'estomac, traitées par l'abstention seule, avec 38 morts et 33 guérisons.

Les morts se rapportent presque toutes à des plaies de l'estomac, compliquées d'autres plaies viscérales, plaies du gros intestin, de l'intestin grêle ou des gros vaisseaux, tels que veine porte, veine cave. Sur 32 cas de ce genre, en n'intervenant pas on n'a pu enregistrer que 2 cas de guérison, obtenus avec grand'peine.

Mais lorsque l'estomac a paru, comme dans mes cas, seulement touché, et surtout lorsqu'il était à l'état de vacuité au moment de l'accident, on est frappé en lisant ces statistiques de voir, comme l'avait vu M. Reclus, la guérison s'obtenir facilement, et être presque la règle.

Par contre, lorsqu'il y a d'autres lésions viscérales, ou des lésions des vaisseaux, nous enregistrons la supériorité de la laparotomie, qui, contrairement à l'abstention, a de beaux cas de guérison à son actif. Ce sont ces succès qui font comprendre cette propension à l'opération qui s'est accentuée de plus en plus; au fur et à mesure qu'avec les progrès de l'asepsie, le péritoine nous paraît de moins en moins dangereux à ouvrir.

Ajoutez à cela la tendance actuelle de simplifier de plus en plus les indications opératoires, et on comprendra aisément pourquoi, à l'heure actuelle, on regarde tout traumatisme du ventre comme devant être suivi d'une intervention immédiate.

Et cependant, quoique ces constatations soient pénibles à faire pour notre amour-propre d'opérateurs, il est curieux de voir que nos interventions n'ont pas amélioré les statistiques globales des plaies de l'estomac.

Nous avons dit qu'en prenant la statistique de Forgue et Jeanbeau, nous avons trouvé 71 cas de plaies d'estomac où on n'était pas intervenu, avec 38 morts et 33 guérisons. Or, dans la même statistique, nous trouvons 81 observations d'interventions pour plaies d'estomac, avec 50 morts et 31 guérisons seulement.

Les plaies d'estomac sans lésions viscérales concomitantes ont, avec l'intervention, donné 11 guérisons et 8 morts sur 19 cas; or, cette statistique est très inférieure à celle qu'on obtient en n'intervenant pas.

Il est de plus à faire remarquer que ces guérisons n'ont le plus souvent été obtenues qu'en faisant passer le malade pendant deux ou trois jours, où, comme dans l'observation de M Sava-

riaud, on n'était rien moins que rassuré sur le côté où se pencherait la balance.

Enfin, dans ces interventions, si on se donne la peine de les analyser, on est frappé de voir qu'à cause de la difficulté d'explorer complètement la face postérieure de l'estomac et de l'amener, bien souvent il est arrivé que tout en soupçonnant et même en affirmant la plaie postérieure, on ne l'ait pas suturée, et malgré cette opération incomplète, le malade a guéri, cette guérison montrant la tendance naturelle de ces plaies à se fermer toutes seules.

Aussi sans vouloir m'élever contre la laparotomie, dont les résultats peuvent s'améliorer, et qui a ses indications bien nettes, dès qu'on a le moindre seupçon par le relevé du trajet de la balle d'une plaie intestinale ou par les symptômes d'une hémorragie grave de la lésion d'un gros vaisseau, ou par les commémoratifs, de la plénitude de l'estomac au moment de l'accident, je pense que lors de plaie de l'estomac par suicide avec balle de petit calibre, à une certaine distance des repas, et lorsqu'on peut, d'après la direction du coup, penser que l'estomac est seul touché, l'abstention avec repos, diète absolue, application de vessie de glace, injection de sérum, de morphine, de strychnine peut, non seulement donner des guérisons, mais être même préférée à l'intervention par ceux qui se donnent encore la peine de distinguer les cas, de relever les symptômes présentés par leurs malades, et qui se défient des formules thérapeutiques par trop simplistes, si à la mode à l'heure actuelle.

Cette opinion avait été celle du professeur Reclus qui, comme moi, l'étayait sur l'analyse des cas; elle a été celle de Shrötter qui, dans un travail sur les plaies de l'estomac, disait que le pronostic est favorable quand l'estomac lésé est sain, qu'il est vide, que la perforation est petite, que la plaie est éloignée du cardia et du pylore, que le projectile a suivi un trajet oblique. Or dans les cas de suicide la main droite tenant le pistolet, et le dirigeant du côté du cœur, la balle doit suivre un trajet généralement oblique de droite à gauche, et se diriger vers le diaphragme. Dans ces conditions on comprend que la grosse tuberosité de l'estomac soit la partie la plus généralement atteinte, qu'elle le soit obliquement, et que les conditions exposées par Schrötter soient ainsi le plus souvent réalisées. C'est ce qui explique la mortalité relativement très faible des plaies de l'estomac par suicide.

Je termine en vous proposant de remercier M. Savariaud de son intéressante observation, et de vous souvenir de ses présentations nombreuses quand il s'agira de dresser des listes de candidats pour une place de membre titulaire.

M. Potherat. — Je crois avoir compris que M. Reynier émet cette opinion que lorsqu'on se trouve en présence d'une plaie de l'estomac seul, plaie résultant d'un suicide et produite par un projectile de petit calibre il ne faut pas faire de laparotomie. C'est une opinion que je ne puis pas partager.

Il me paraît tout d'abord extrêmement difficile, en admettant les conditions posées par M. Reynier, de faire le diagnostic clinique de plaie isolée de l'estomac, sans lésion de vaisseaux, sans lésions concomitantes du foie, de l'intestin, etc.

Mais je laisse de côté la question d'ordre général pour vous rappeler par un fait personnel, particulier, un cas de suicide, dans lequel la face antérieure de l'estomac avait été atteinte seule, et où cependant les accidents furent assez graves pour entraîner la mort du sujet.

Il s'agissait d'un jeune télégraphiste qui s'était tiré au niveau des derniers espaces intercostaux gauches, un coup de revolver du calibre de 7 millimètres.

Très peu de temps après, le jeune homme fut apporté à l'hôpital où je le vis. Il avait eu une hématémèse assez importante, et cependant son état général restait satisfaisant. J'ajoute que l'accident s'était produit le matin, le malade étant à jeun.

Néanmoins je voulus intervenir; le malade et ses parents s'y refusèrent : le malade fut donc laissé au repos, et à la diète. Mais dans les heures suivantes il fit de nouvelles et très abondantes hématémèses; l'intervention fut acceptée et même réclamée.

J'opérai le malade; je ne trouvai rien sur la face postérieure qui me permît de supposer que cette face ait été lésée; mais sur la face antérieure, à mi-chemin des deux courbures, et des deux orifices, il existait un orifice de pénétration. Le projectile, en perforant l'estomac, avait coupé une des artérioles qui descendent verticalement de la coronaire stomachique. Cette artère saignait encore, elle saignait en jet, et la disposition de la plaie faisait que le jet projetait le sang dans l'estomac sans qu'il en tombât une goutte dans l'abdomen. Je fis la ligature de cette artère ; je fermai la plaie stomacale par deux plans de suture, et je refermai complètement la paroi abdominale.

La malade, Messieurs, ne bénéficia pas de cette intervention ; cela se passait il y quatorze ans, nous n'avions pas encore la bonne pratique du sérum artificiel, le malade avait perdu trop de sang; il ne put se remonter; il succomba dans les vingt-quatre heures. Rien ne m'ôtera de l'esprit la conviction que si j'étais intervenu plus tôt, avant les grandes hématémèses consécutives, ce malade avait toutes chances de guérison.

Personnellement, je ne puis accepter les conclusions de

M. Reynier, et j'estime que dans tous les cas où il y a des probabilités de lésion de l'estomac, même par un petit projectile, même dans le cas de suicide, le mieux est de pratiquer la laparotomie le plutôt possible.

M. Quénu. — Je ne crois pas que la Société de chirurgie puisse souscrire aux conclusions de M. Reynier, conclusions d'abstention fort dangereuses.

Les faits que j'ai observés ne m'engagent pas à cette abstention; j'ai le souvenir d'une malade qui s'était tiré une balle de revolver dans le creux épigastrique et qui refusa l'intervention proposée une heure après l'accident; malgré la diète absolue et les applications de glace, la malade succomba. Je vois avec plaisir que les jeunes chirurgiens partagent nos doctrines et interviennent; une malade atteinte d'une double plaie de l'estomac (face antérieure et postérieure), opérée il y a quelques jours, par M. Dujarrier est guérie à l'heure qu'il est et je suis heureux de l'apprendre à notre jeune collègue. C'est qu'il est en effet impossible de savoir exactement quels peuvent être les dégâts faits par une balle, lésions du foie, des vaisseaux, de l'intestin. Je me déclare incapable de préciser toutes ces lésions sans avoir ouvert le ventre. La topographie de la plaie ne suffit pas, la balle peut se réfléchir sur une côte et faire une perforation insoupçonnée d'arrière en avant.

M. Paul Reclus. — M. Reynier a invoqué mon opinion; il aurait dû dire mon opinion « ancienne ». Il y a dix-huit ou vingt ans, lorsque je défendais la cause de l'abstention systématique dans les plaies de l'abdomen par balle de petit calibre, nous étions à une époque où en France, soit à Paris, soit en province, il n'y avait pas cinq cliniques assez proprement installées pour permettre les longues et minitieuses laparotomies que nécessite la perforation de l'intestin. Je croyais et je crois encore à cette heure, que dans ces conditions détestables d'asepsie, l'abstention systématique était moins meurtrière que l'intervention. Mais maintenant il n'en est plus de même et depuis quinze ans je suis devenu interventionniste pour les raisons que vous connaissez tous : et dont la plus grave est l'impossibilité de faire, sans ouverture préalable du ventre, le diagnostic précis des lésions provoquées par le projectile.

M. Paul Reynier. — L'observation que vient de me citer M. Potherat n'est pas très concluante. Elle ne montre pas que l'abstention ait tué son malade; car il l'a opéré assez rapidement, et c'est

à la suite de son opération qu'il est mort. Qui sait si cette hémorragie n'aurait pas pu s'arrêter avec les hémostatiques, le sérum gélatiné, le chlorure de calcium! Quoi qu'il en soit, M. Potherat l'a opéré parce qu'il saignait, et dans cette circonstance, il réglait sa conduite sur les symptômes observés; or, c'est ce que je préconise dans mon rapport, puisque je dis que l'abstention ne peut être préconisée que si on n'a pas les symptômes d'une blessure de gros vaisseau, ou de lésions viscérales autres que l'estomac. Dans ces cas, en effet, j'ai bien soin de le dire, l'opération s'impose. Mais M. Quénu me dit que le diagnostic ne peut pas se faire de la gravité de la lésion. Je reconnais que dans un certain nombre de cas, il est très difficile, et alors il vaut mieux intervenir, pour peu qu'il y ait du doute. Mais cependant, je crois que si on tient compte des circonstances, et si on relève la direction de la balle, si on sait que la balle est de petit calibre, que le malade était à jeun, on peut, comme dans l'observation que je vous ai citée, dans laquelle mon diagnostic avait été fait, arriver à penser que l'estomac seul a été touché. C'est dans ces cas que j'ai dit que l'abstention, aidée de la glace, de la diète absolue, des injections de sérum, pouvait obtenir des guérisons, et, si on en juge par les statistiques des guérisons plus nombreuses que celles obtenues par l'intervention.

Enfin à M. Reclus, je ferai remarquer que la balle de 9 millimètres à laquelle il a fait allusion, était celle que s'était tirée le malade que M. Savariaud a laparotomisé. Pour les malades que j'ai vu guérir sans intervention, les balles étaient toutes plus petites, et étaient de 5 à 7 millimètres, mes malades ne s'étant servies que de ces petits revolvers si à la mode chez les gens du monde.

M. Reclus demande à ses collègues de l'armée, si l'on connaît les résultats de la campagne de Mandchourie et la mortalité des blessures pénétrantes de l'abdomen. Quelques chiffres publiés dans des journaux de médecine militaire, semblent prouver que les guérisons ont été plus nombreuses que dans les guerres antérieures.

M. Delorme. — Les statistiques et les observations de plaies d'estomac traitées ou non par la laparotomie et la suture pendant la guerre sino-russe ne sont pas encore exactement connus.

M. Arrou. — En matière de plaies de l'estomac, il m'est arrivé jadis une assez singulière aventure que je vais rapporter en quelques mots. Un matin on m'amène à l'hôpital Saint-Antoine

un ouvrier électricien, blessé au ventre par un projectile. Ce garçon maniait un appareil destiné à la défense des appartements contre les cambrioleurs, lorsque le mécanisme joua dans ses doigts, d'où détonation, douleur subite au ventre, chute sur le sol, etc... Il portait en effet une plaie, une petite plaie maculée de poudre, dans la région épigastrique, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde et sur la ligne médiane. Très peu d'hémorragie extérieure, mais plutôt une sorte de bouillonnement produit lors des mouvements respiratoires, par le mélange d'air et de sang. Mon blessé souffrait affreusement, poussait des cris, appelait du secours. Je pensai qu'il n'y avait qu'une chose à faire : l'opérer immédiatement. Les conditions étaient bonnes : garçon de vingt-cinq ans environ, accident datant de moins d'une heure et survenu avant le moment du déjeuner de midi. Bref, je lui fis donner du chloroforme, incisai et trouvai, tout d'abord le foie perforé à 2 centimètres de son bord tranchant. Il y avait là du sang liquide, quelques caillots faciles à extraire ; la plaie hépatique fut tamponnée, et je continuai mes recherches.

Je trouvai plus loin une perforation de la face antérieure de l'estomac, tout près de la petite courbure, mais n'intéressant aucun gros vaisseau. Elle saignait, mais modérément. Il fallait aller à la recherche de la plaie correspondante de la face postérieure, ce que je fis en déchirant le grand épiploon tout près de la grande courbure, et en éversant l'estomac par la fenêtre ainsi créée. A ma grande surprise, je trouvai cette face postérieure saine, nullement blessée ; je pus donc, en toute tranquillité, suturer l'épiploon déchiré. Puis j'obturai la plaie de l'estomac par un triple rang de suture à la soie O, et refermai le ventre en disposant une mèche au contact de la perforation hépatique. Tout alla bien, mon homme guérit sans incident ; mais la bizarrerie de mon histoire commence seulement maintenant. A quelques jours de là, on m'apprit, en effet, que le fameux appareil de défense nocturne était chargé seulement à poudre et ne contenait aucun projectile autre que la bourre de papier pressée sur la charge. C'est cette bourre qui avait troué la paroi de l'abdomen, le foie de part en part, et seulement la face antérieure de l'estomac.

J'en ai fini avec cette courte observation, qui a peut-être le tort d'être un fait « à côté ». On me le pardonnera, j'espère, en tenant compte de sa brièveté.

M. Pierre Delbet. — Mon maître M. Reclus demandait il y a un instant à M. Delorme quels étaient les résultats de l'abstention dans la guerre sino-japonaise. J'espère que la discussion actuellement ébauchée aura pour résultat de mettre au jour une autre

statistique d'origine moins lointaine, c'est celle de nos jeunes collègues du bureau central. Certainement ils ont suturé dans ces dernières années un grand nombre de plaies de l'estomac et je suis convaincu qu'ils nous apporteront de très beaux résultats.

Messieurs, je voudrais encore joindre ma protestation à celles de M. Quénu.

Dans la réponse qu'il vient de faire, M. Reynier s'est servi d'arguments qui ne sont peut-être pas de nature à trancher la question. Il a cherché dans les symptômes l'indication de l'intervention ou de l'abstention. Naturellement, quand la balle est sous la peau, près de la plaie d'entrée, personne ne songera à faire une laparotomie. Mais la question n'est pas là.

Il s'agit de savoir si lorsqu'on est appelé, quelques heures après l'accident, auprès d'un malade qui a reçu un coup de revolver dans l'abdomen, et particulièrement dans sa partie supérieure, on doit faire une laparotomie immédiate.

Eh bien, dans ces conditions, je pense, d'accord je crois avec la majorité de nos collègues, qu'on ne peut pas s'appuyer sur les symptômes parce qu'il n'en est aucun qui ait une valeur quelconque.

Justement, il y a là une grave cause d'erreur pour les statistiques comparées de l'abstention et de l'intervention — On peut de la meilleure foi du monde compter comme guéries par l'abstension des plaies de l'estomac qui n'ont jamais existé.

J'ai souvenir d'une malade qui avait reçu un coup de revolver dans la région de l'estomac, qui présentait des phénomènes de choc très grave et qui avait eu une demi-heure environ après l'accident une hématémèse abondante. Si j'avais soigné cette malade par l'abstention, j'aurais été bien persuadé qu'elle avait eu une plaie de l'estomac. Or, je l'ai laparotomisée et j'ai constaté qu'elle n'en avait pas. Je n'ai pas besoin de dire qu'elle a parfaitement guéri; je l'ai même opérée ultérieurement d'un cancer du sein.

Quand on se trouve en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu, comme on n'a, dans les premières heures, aucun symptôme qui puisse permettre de reconnaître avec certitude s'il y a ou non une lésion viscérale, il faut s'en remettre aux probabilités. Or, les statistiques nous apprenant que les lésions viscérales sont presque constantes, nous devons admettre dans chaque cas particulier, en l'absence de symptôme, nous devons admettre qu'elles existent. Et la question revient à ceci : fait-on courir plus de danger à un malade en lui suturant une plaie du foie ou de l'estomac qu'en la laissant ouverte?

Comme l'a fait remarquer M. Reclus, la réponse pouvait être hésitante il y a quelques années. Elle ne l'est plus aujourd'hui. Aussi je crois que lorsqu'on peut réaliser de bonnes conditions d'asepsie, on doit ouvrir tout abdomen où a pénétré une balle, et on doit le faire aussitôt que possible après l'accident.

M. Reclus nous disait avoir lu que dans la guerre russo-japonaise l'abstention avait donné des résultats inespérés.

Quelles que soient les statistiques qui nous viendront sur ce point d'Extrême-Orient, je ne crois pas qu'elles devront nous faire modifier notre pratique. On en pourra tirer des enseignements précieux pour la chirurgie de guerre, pour la conduite qu'il conviendrait de tenir sur le champ de bataille, mais non pour ce qu'on doit faire quand on peut réaliser les conditions d'une laparotomie aseptique.

M. Delorme. — Je suis bien de l'avis de M. Delbet et j'estime que les enseignements de la guerre sino-russe ne pourraient guère profiter à la discussion actuelle : les traumatismes produits par les balles de revolver du commerce n'étant pas exactement comparables à ceux des balles des fusils actuels comme on l'a dit maintes fois ici et d'un autre côté les conditions de fonctionnement de la chirurgie de guerre étant fort différentes de celles de la chirurgie hospitalière.

M. Routier. — Je suis tout à fait de l'avis de mon ami Delbet ; j'aurais voulu lui voir ajouter ceci : c'est qu'à l'innocuité de la laparotomie primitive faite avant l'éclosion des accidents, il faut opposer l'inutilité constante des laparotomies faites alors qu'il y a des symptômes qui les commandent. En un mot, il me paraît important d'insister sur ce fait qu'il est presque toujours trop tard pour agir quand on attend de pouvoir porter un diagnostic complet.

M. F. Legueu. — Je m'inscris contre ce que vient de dire M. Reynier.

On ne peut faire le diagnostic de la lésion avant d'avoir fait la laparotomie.

J'ai souvenance d'avoir opéré trois plaies de la région épigastrique par suicide. Deux fois c'est le foie qui a été lésé ; une autre fois, c'était l'estomac. J'ai opéré parce qu'il y avait plaie et non parce qu'il y avait lésion de tel ou tel organe, ce que je ne savais pas. Tous ces malades ont guéri. Si, comme M. Reynier, j'avais conclu d'après le suicide que l'estomac était blessé et si je m'étais abstenu, j'aurais laissé succomber mes malades. On ne

peut d'après la direction d'un coup de feu juger des blessures organiques qu'il a causées.

M. E. Potherat. — M. Reynier me dit : Vous avez opéré votre malade, il a succombé, rien ne me prouve qu'il n'aurait pas guéri sans intervention.

C'est là un argument qui me paraît pour le moins spécieux ; il tendrait à dire qu'en présence d'une artère qui saigne, il vaut mieux s'abstenir, car si l'on vient à la lier et que le malade succombe par le fait du sang perdu, on s'expose à voir attribuer ce résultat fâcheux à l'intervention faite. Cela n'est pas soutenable. Mon malade avait perdu une quantité considérable de sang, par une artère qui saignait encore. J'ai lié cette artère, je crois avoir fait ce que commandait le devoir ; il n'est pas juste, ce me semble, d'incriminer cette conduite.

M. Paul Reynier. — En lisant ce rapport, je m'attendais à toutes ces protestations de mes collègues, et n'en suis pas autrement surpris. Nous nous sommes tellement familiarisés avec le péritoine par nos opérations abdominales, et l'asepsie nous a donné une telle confiance, que celui qui vient dire que quelques malades peuvent toutefois guérir sans opération, doit s'attendre à être mal vu. Toutefois les faits sont là indiscutables pour le prouver. Ainsi que le montrent les statistiques dans la grande majorité des cas de suicide, par le fait de la direction de la balle, direction forcée par la position de la main qui tient le pistolet, l'estomac est le plus souvent touché seul, et si la balle est de petit calibre, si l'estomac est à jeun, le pronostic n'est pas très grave, et les malades peuvent parfaitement guérir avec l'aide de la glace, le repos et la diète.

J'ai eu bien soin de le dire qu'il n'en sera pas de même si l'estomac est en pleine digestion, et si l'intestin était touché, ou s'il y avait les symptômes d'une hémorragie grave et dans ces cas l'intervention s'impose.

Or, M. Potherat me cite l'observation d'une hémorragie persistante qui l'a forcé à opérer. En pareille circonstance, j'aurais opéré comme lui, obéissant à cette loi de chirurgie qu'on doit chercher à arrêter toute hémorragie.

MM. Arrou et Legueu me parlent de balles ou de bourre dans l'abdomen par accident ; dans ces cas, la direction n'est plus donnée par la position de la main ; et ce ne sont pas des cas de suicide. On me cite l'observation d'un estomac en pleine digestion qui vide son contenu dans l'abdomen Si vous venez dans mon service, vous verrez que dans ces cas, je suis d'avis d'inter-

venir; car vous y trouverez une malade qui s'était tiré un coup de revolver en pleine digestion, et qu'on a laparotomisée. Dans ce cas, je partageais la manière de voir de mon assistant.

M. Delbet met en doute les plaies de l'estomac lorsque la balle se retrouve sous la peau? Je crois que la parole a dépassé ici sa pensée. Il ne peut en effet mettre en doute qu'une balle pénétrant en avant dans la région hypogastrique peut traverser l'abdomen, perforer les viscères qui s'y trouvent, et se retrouver en arrière sous la peau.

Par contre, je serai avec lui très heureux qu'on nous apporte fidèlement toutes les observations, succès et surtout insuccès; et je ne demande pas mieux de modifier ma manière de voir, s'il m'est démontré que les interventions n'aggravent pas dans quelques cas simples le pronostic; car la lecture des observations citées jusqu'à présent peut laisser un doute à ce sujet. En attendant, je crois qu'il n'est pas sans intérêt de montrer que les plaies de l'estomac, par le peu de septicité de son contenu, sont de toutes les plaies de l'abdomen les moins dangereuses, et que si on se trouve à la campagne, sur un champ de bataille où toutes les conditions d'asepsie ne sont pas aussi facilement et aussi rapidement obtenues que dans nos services, on peut avec succès avoir recours à la glace, à la diète et obtenir ainsi des guérisons.

Communication.

Sur la résection du grand sympathique contre la névralgie faciale,

par M. POIRIER.

Messieurs, la récente communication de mon ami Delbet, sur la résection du grand sympathique contre la névralgie faciale (26 juillet 1905), me donne l'occasion de vous apporter des nouvelles d'un opéré que je vous ai déjà présenté il y a deux ans, et de vous communiquer les résultats de deux sympathicectomies plus récentes, pratiquées dans le même but.

Le 8 juillet 1903, je vous ai présenté un malade sur lequel j'avais pratiqué, en octobre 1902, la résection du ganglion supérieur du grand sympathique pour une névralgie très rebelle du trijumeau. L'observation de ce malade a paru dans nos Bulletins, à la date précitée : je me félicitais alors du résultat obtenu.

Vous serez heureux d'apprendre que ce résultat s'est maintenu;

je revois souvent cet homme; sa dernière visite est du mois de juillet 1905; il résume son état dans les termes suivants : ma vie n'est plus la même, bien que j'aie de temps en temps quelques petits étourdissements douloureux; mais qu'est-ce que cela auprès des douleurs d'autrefois; je suis enchanté et très heureux.

Voilà donc un très bon résultat, qui se maintient depuis trente mois.

Voici maintenant une autre observation, plus récente :

Le malade G..., âgé de soixante-six ans, entre dans mon service de Lariboisière au mois de juin dernier. Je note dans ses antécédents : une ostéomyélite du fémur droit, en 1885, et, en 1890, une fracture suppurée du bord alvéolaire, produite par l'avulsion d'une dent; rien d'autre; ni alcoolisme, ni syphilis.

La névralgie faciale gauche a commencé en 1897; très douloureuse, atroce, elle revient par accès et s'accompagne de mouvements cloniques et de contractures passagères des muscles de ce côté de la face.

J'ai vu ces crises : elles reproduisent le type connu du tic douloureux. Tantôt, elles ne durent que quelques secondes; d'autres fois, jusqu'à cinq minutes. Elles reviennent par accès, que séparent deux, trois ou quatre jours de calme. Le malade a subi la résection du bord alvéolaire et celle du nerf maxillaire supérieur, sans soulagement appréciable.

J'ai opéré, le 20 juin 1905, ce malade, qui m'avait été adressé par notre collègue Lermoyez.

Cette fois, je suis allé à la recherche du ganglion cervical supérieur, par une incision pratiquée le long du bout antérieur du stermo-cléido-mastoïdien; dans l'observation précédente, j'avais incisé le long du bord postérieur de ce muscle; les deux voies sont bonnes et la différence entre elles n'est point notable.

J'arrivai très facilement sur le ganglion que je saisis à sa base, immédiatement au-dessous du crâne, et que *j'arrachai* après avoir sectionné le cordon sympathique à 1 centimètre au-dessous du sommet du ganglion.

Comme toujours, la plaie fut réunie sans drainage et guérit sans incident.

Le soulagement fut immédiat; dès le lendemain, le malade accusait : une nuit de calme et de sommeil, comme il n'en avait pas eu depuis longtemps, et au cours de laquelle il n'avait senti que deux éclairs douloureux. Nous notâmes l'injection de l'œil gauche, la contraction de la pupille et l'écoulement de quelques gouttes de sang par les narines.

Ces phénomènes allèrent en s'atténuant dans les jours suivants :

l'opéré eut encore quelques crises, avortées, très supportables, et qui ne ressemblaient en rien aux crises antérieures à l'opération. Et puis, ce fut le calme absolu, parfait, jusqu'au 3 octobre, date à laquelle il eut, pendant une heure, quelques accès douloureux qui n'ont pas reparu depuis.

J'ai revu ce malade avant-hier : il est très heureux.

J'ai bien encore à mon actif, je devrais plutôt peut-être dire à mon passif, une opération ou plutôt une tentative opératoire plus récente. Je vous en parlerai dans un instant à propos du manuel opératoire.

Mon observation I est intéressante en ce qu'elle présente un résultat favorable qui se maintient depuis plus de trente mois. C'est pourquoi je répéterai ce que je disais en juillet 1903, qu'avant de songer à la résection du ganglion de Gasser, opération délicate et grave, il faut essayer la résection du ganglion cervical supérieur, courte, inoffensive et... facile.

J'ai presque hésité à répéter *facile*, car il m'est arrivé tout récemment de ne pouvoir trouver le ganglion cervical supérieur. J'avais procédé, comme dans l'observation précédente, par une incision le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, repéré le spinal et le paquet vasculo-nerveux, et je cherchai en vain le ganglion à la place où il devait être. Je recommençai l'opération, c'est-à-dire que je repris une et deux fois les différents temps; je trouvai, à la place où devait être le sympathique, un cordon nerveux qui ne présentait aucun renflement. Je fus surpris, déconcerté. J'avais heureusement ce jour-là, comme assistant, M. Chifoliau, le distingué prosecteur de Clamart, dont vous connaissez les consciencieux travaux sur l'anatomie de cette région; je le priai de suivre attentivement mes manœuvres, de les contrôler. Le ganglion resta introuvable, malgré notre patience et notre sang-froid. De guerre lasse, je sectionnai le cordon nerveux, du volume du sympathique, que j'avais trouvé à la place de celui-ci. Les suites immédiates de l'opération furent favorables et de nature à me faire croire que j'avais intéressé la chaîne sympathique : injection de l'œil, rétrécissement de la pupille, atténuation et modification très notables des crises. Cette amélioration n'a guère duré qu'un mois : les crises sont revenues, aussi violentes qu'autrefois; mais la malade a gardé, depuis l'opération, une faiblesse et une raucité de la voix, tenant à une paralysie de la corde vocale du côté opéré. Pourquoi... Je ne comprends pas. L'opération ne date que de trois mois; plus tard, je vous dirai les suites.

Présentations de malades.

Guérison complète par la prostatectomie périnéale d'une rétention complète de dix-sept ans.

M. F. Legueu — J'ai l'honneur de vous présenter un des résultats les plus extraordinaires que l'on puisse obtenir et que l'on ait peut-être obtenu à la suite de la prostatectomie.

Ce malade, qui est aujourd'hui âgé de soixante-deux ans, était en rétention complète depuis dix-sept ans, et depuis ce moment il n'avait pas uriné seul, sans la sonde, une seule fois.

En 1893, alors que j'étais chef de clinique, j'avais aidé M. Guyon à l'opérer par la prostatectomie intravésicale, telle qu'on la faisait alors. Une fois la vessie ouverte, nous avions enlevé un lobe vésical médian et réalisé ainsi la prostatectomie partielle, telle qu'on la faisait alors. Le malade n'en obtint aucun résultat.

Il avait donc repris avec sérénité sa sonde, qu'il croyait devoir utiliser pendant toute sa vie.

Cette année, le hasard d'une urétrite contractée au cours de ces sondages a ramené ce malade en ma présence; je l'examinai à nouveau, trouvai une prostate moyenne, assez saillante, franchement adénomateuse. Je lui proposai la prostatectomie périnéale, préférant cette fois passer par la voie inférieure. Il accepta et l'opération fut pratiquée par moi le 21 juin 1905.

La prostate pesait 60 grammes; elle fut enlevée en plusieurs morceaux. Dès que la sonde fut enlevée, le malade urina spontanément.

Actuellement, trois mois après, ce malade vide complètement sa vessie, urinant normalement quelquefois par jour; ses urines sont claires. Il conserve encore une petite fistule périnéale, qui se fermera prochainement, je l'espère.

Dès ce moment, le résultat obtenu est extraordinaire, si l'on tient compte de l'ancienneté de la rétention. Je connais des rétentions de dix et douze ans guéries; cette fois, les limites sont encore reculées en deçà desquelles on peut encore espérer le retour intégral d'une contractilité qui semblait perdue à tout jamais.

Anastomose de l'uretère dans le rectum.

M. Auvray présente une malade chez laquelle il a abouché l'uretère dans le rectum quatorze mois auparavant. — M. Delbet, rapporteur.

Tuberculose du poignet et des tendons extenseurs.

M. Savariaud présente un malade guéri d'une tuberculose du poignet et des tendons extenseurs traitée par la résection. — M. Kirmisson, rapporteur.

Coxa vara consécutive à une fracture du col du fémur.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter le malade dont je vous ai présenté la radiographie dans la dernière séance. Coxa vara traumatique après une fracture du col du fémur. Vous pouvez constater qu'il marche assez facilement et ses progrès sont sensibles depuis les deux derniers mois.

L'accident remonte au mois d'avril.

M. Kirmisson dit qu'il est facile de constater chez ce malade tous les signes cliniques de la coxa vara.

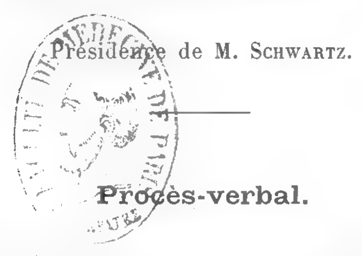
Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1905

Présidence de M. Schwartz.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. Delorme, Félizet, Delbet, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance d'aujourd'hui.

3°. — Une demande de congé de M. Hennequin, convalescent.

4°. — Un travail adressé pour concourir au prix Gerdy, intitulé : *Des abcès sous-phréniques*, avec cette devise : « *Fugit hora, sapiens utere* ».

5°. — Un travail de M. Chavannaz, membre correspondant.

Erratum.

Dans le compte rendu de la séance du 11 octobre (p. 840, présentation d'instruments), ajouter, entre l'avant-dernier et le dernier alinéa, les mots :
« Voici la note rédigée par M. Toubert. »

Lectures.

Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac (1),

par M. G. CHAVANNAZ (de Bordeaux),
membre correspondant de la Société de Chirurgie.

La dilatation aiguë de l'estomac, quoique rare, se trouve aujourd'hui définitivement admise. Elle n'intéresse guère le chirurgien que lorsqu'elle se montre au cours d'une péritonite, ou encore lorsqu'elle se manifeste après un traumatisme ou une opération portant sur l'abdomen.

Cette dilatation stomacale aiguë post-opératoire signalée par Thiébaut, par Grundgach, a été surtout étudiée par notre distingué collègue M. Reynier. Ce chirurgien en a rapporté quatre cas au Congrès de Chirurgie de 1903, et tout récemment encore il est revenu sur cette question dans les *Travaux pratiques d'Obstétrique et de Gynécologie* (Paris, 1905).

Nous apportons aujourd'hui deux cas tirés de notre pratique personnelle.

Fibromes pédiculés de l'utérus. Ovarite gauche. Petit fibrome de l'ovaire droit. Myomectomies. Résection partielle de l'ovaire droit. Ovariotomie gauche. Dilatation aiguë de l'estomac. Mort.

La nommée Marguerite T... nous est adressée à l'hôpital Saint-André par son médecin ordinaire, le Dr Triaud.

C'est une fille de trente-trois ans, de grande taille, assez maigre, mais pourtant robuste.

Cette malade vient parce que, depuis quelques années, elle porte dans le ventre une tumeur qui dans ces derniers temps a pris un développement rapide.

La tumeur, dure, de forme assez irrégulièrement arrondie, remonte à gauche jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, tandis qu'à droite elle atteint le niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Le toucher, gêné par la membrane hymen, permet cependant de constater que cette tumeur se mobilise en même temps que l'utérus.

Les règles sont normales quant à leur abondance et à leur périodicité.

Le 25 octobre 1902, nous pratiquons la laparotomie.

La tumeur est facilement extériorisée après section d'une grosse

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

adhérence épiploïque. Il s'agit d'un fibrome pédiculé dont le pédicule du volume du doigt s'insère sur l'utérus au voisinage de la corne gauche. Le pédicule est lié, sectionné, et la tranche est péritonisée grâce à cinq petites sutures. Un autre petit fibrome pédiculé du volume d'une noix est également extirpé.

L'ovaire gauche du volume d'un petit œuf et scléro-kystique est supprimé, tandis que l'ovaire droit qui porte un petit noyau fibromateux est conservé après résection de la partie malade.

Drainage hypogastrique par un drain plongeant dans le Douglas. Suture par plans de la plaie abdominale.

La tumeur principale ainsi extirpée est un fibrome du poids de 3.050 grammes.

L'opération est bien supportée; le premier jour pas de vomissements; la température est de 36°2 le soir.

Le lendemain 26 octobre, se montrent des vomissements brunâtres; la température reste toujours un peu au-dessus de la normale.

Le 27 octobre, je vois la malade, qui a passé une nuit agitée. Le pouls est à 108 et la température à 36°2.

Il n'y a pas eu d'émission de gaz par l'anus depuis l'opération. Le drain hypogastrique est supprimé. Le ventre est ballonné mais pas d'une façon considérable, le facies est un peu grippé.

Le soir, la température s'élève à 37°2 et le pouls atteint 120. On fait en deux fois une injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel.

Le 28, la nuit a été calme, il n'y a pas de vomissements, le facies est mauvais, il y a une gêne respiratoire très marquée, le pouls défaillant est à 130 et la température de 37°6. Un lavement n'est pas rendu. Malgré les injections de sérum, de caféine et de spartéine, la mort survient à 11 heures du matin après un vomissement noirâtre.

La mort est mise par nous sur le compte d'une péritonite d'origine opératoire.

A l'autopsie, le ventre ouvert, on découvre immédiatement l'estomac, qui descend jusqu'à la symphyse et remplit en quelque sorte tout l'abdomen, car il est distendu par une masse de liquide brunâtre qui reflue par les narines dès qu'on vient à appuyer la main sur la paroi gastrique.

Le péritoine ne contient ni sang, ni pus, ni fausses membranes. L'intestin grêle est affaissé mais ne présente aucune altération; le côlon transverse et la partie immédiatement adjacente du côlon transverse sont très légèrement distendus. Le duodénum n'est pas altéré.

En somme, à part la distension extrême de l'estomac, l'autopsie limitée à l'abdomen ne montre aucune lésion.

Fibrome utérin avec double hématosalpinx. Hystérectomie abdominale totale avec salpingectomie bilatérale. Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. Guérison.

Mme A..., âgée de quarante ans, nous est adressée en juillet 1905 par son médecin, le Dr Soulé.

Cette malade a eu un accouchement normal il y a vingt ans; depuis

elle a toujours été parfaitement réglée. Dans ces quatre derniers mois sont survenues quelques douleurs dans les régions ovariennes; enfin depuis un mois, la malade perd du sang par l'utérus d'une façon constante.

Au toucher, l'utérus est gros, avec un petit noyau fibromateux sur la face postérieure; les annexes sont augmentées de volume et un peu douloureuses au toucher.

Le 12 août nous pratiquons à la Maison de santé la laparotomie médiane.

L'utérus est volumineux, portant plusieurs noyaux fibromateux. Il est flanqué d'un double hématosalpinx. Nous pratiquons l'hystérectomie totale, la double salpingectomie et nous laissons en place les ovaires, qui sont sains. Suture par plans avec drainage.

Les suites opératoires immédiates sont idéalement simples ; le pouls flotte de 72 à 80, la température de 36,5 à 37. Le troisième jour la malade va à la selle avec un lavement ; elle est purgée le quatrième jour et évacue le contenu de son tube digestif.

A partir de ce moment, elle ressent dans la partie inférieure du thorax, du côté gauche, une certaine gêne, une douleur obtuse que nous mettons, faute de meilleure étiquette, sur le compte d'une névralgie intercostale. Notre opérée n'a guère d'appétit et se contente de liquides. Peu à peu le ventre se ballonne, si bien que le 18 août nous essayons d'un lavement purgatif du Codex qui amène une évacuation assez abondante. Malgré tout, le ballonnement augmente sans que le pouls ou la température se trouvent influencés ; les lavements sont rendus tels qu'ils sont pris.

Le 20 août la plaie est en parfait état ; en raison de la distension de l'abdomen nous appliquons deux sacs de glace directement sur la peau de cette région.

Le 21 août au matin la malade prend une limonade purgative qu'elle rejette presque aussitôt ; elle continue ensuite à vomir d'une façon à peu près continue ; elle n'a pas à proprement parler de vomissement, mais elle rend par expuition et sans aucun effort, toutes les deux ou trois minutes, la valeur d'une à deux cuillerées d'un liquide brunâtre d'aspect fécaloïde mais sans odeur spéciale ; ce liquide contient des flocons sanguinolents brunâtres et aussi, semble-t-il, de la bile. Le pouls est à 80, la température normale et cet état persiste pendant la première moitié de la journée. Dans l'après-midi, tout à coup la situation s'aggrave, le pouls arrive à 112, la température à 38 ; il y a quelques hoquets, le facies est grippé et l'état général des plus inquiétants. La malade n'a rendu par l'anus ni gaz ni matières et les vomissements continuent avec les caractères signalés plus haut. Le ventre n'est pas douloureux à la pression ; il est assez dépressible mais très ballonné, et le ballonnement dessine dans la région sus-ombilicale une voussure rappelant assez bien la forme de l'estomac. Le toucher vaginal montre l'absence de toute inflammation du petit bassin. Le rectum est vide et un lavement administré n'amène aucun résultat.

En présence de ces symptômes nous pensons à une dilatation aiguë

de l'estomac ; la situation est telle, que le personnel de la Maison de santé et l'entourage de la malade considèrent notre opérée comme irrémédiablement perdue.

Nous procédons immédiatement à l'évacuation de l'estomac à l'aide du tube de Faucher, ce qui amène dans la cuvette au moins trois litres d'un liquide absolument semblable à celui déjà expulsé spontanément; nous faisons passer ensuite de l'eau de Vichy tiède jusqu'à ce que le liquide revienne clair; huit litres environ sont nécessaires pour obtenir ce résultat.

Dès la suppression du tube de Faucher la malade déclare qu'elle est très soulagée : la respiration est plus facile, le pouls plus fort. Nous pratiquons alors une injection de sufate de strychnine et nous faisons coucher l'opérée sur le côté droit pour faciliter la pénétration du contenu stomacal à travers le pylore grâce à l'action de la pesanteur. Les vomissements cessent pendant le reste de la journée et pendant la nuit. Ils reviennent le lendemain matin, mais beaucoup moins fréquents. Le lendemain matin, 22 août, nous pratiquons un nouveau lavage à l'aide du tube de Faucher ; l'estomac contenait encore environ un litre de liquide présentant toujours les mêmes caractères. Ce second lavage est suivi d'une sensation de soulagement et bientôt après d'une sédation complète des accidents. La malade rend des gaz par l'anus, le pouls devient moins fréquent, la température est normale et la partie est définitivement gagnée. Rien ne vient plus troubler la guérison. La plaie se réunit par première intention et l'opérée, guérie, quitte la Maison de santé vingt-cinq jours après l'intervention.

Nous n'insisterons pas sur l'expression clinique de la dilatation aiguë de l'estomac dont M. Reynier a excellemment tracé le tableau. La gravité doit tenir tant à la réplétion même de l'estomac qu'à la gêne déterminée du côté de l'intestin par la dilatation gastrique. M. Reynier a montré en effet qu'expérimentalement il est possible d'abaisser la pression sanguine d'une façon extrêmement marquée par la distension de l'estomac après ligature du cardia et du pylore. On conçoit d'autre part qu'un estomac descendant jusqu'à la symphyse soit de nature à empêcher le libre cours des matières et détermine une occlusion intestinale plus ou moins complète.

La difficulté au point de vue pratique est dans l'établissement du diagnostic. Chez notre seconde malade nous y sommes arrivé en nous basant sur quelques symptômes particuliers. Notre opérée rendait à chaque instant une à deux cuillerées de liquide brunâtre, l'expulsion se faisait sans effort par simple expuition. Il y avait là quelque chose de bien spécial, et nous avions vu dans ces petits vomissements incessants et sans efforts quelque chose d'analogue à l'incontinence de la miction par regorgement. Au reste nous avons appris plus tard que Lieutaud avait déjà rapproché l'état de ces estomacs de celui de la vessie distendue.

Chez nos malades le ballonnement abdominal n'était pas très considérable. Pour la seconde, tout au moins, nos souvenirs sont très précis ; le ventre distendu laissait deviner par sa voussure médiane et surtout sus-ombilicale le siège stomacal de l'affection. De plus il était facile à déprimer et peu douloureux à la pression.

C'est en nous basant sur ces différents caractères, mais en particulier sur le type des vomissements, que nous sommes arrivé à la détermination de la situation exacte de notre malade.

Le diagnostic est parfois entouré de difficultés, et pourtant il importe beaucoup de l'établir. Utilisée à temps, l'évacuation du contenu stomacal à l'aide de la sonde doit amener la guérison. La malade chez laquelle nous l'avons mise en pratique s'est sentie immédiatement soulagée et c'est certainement à cette thérapeutique qu'elle doit sa guérison. Nous avons combiné l'emploi du cathétérisme à celui du sulfate de strychnine en injections sous-cutanées.

D'autre part, pour faciliter l'évacuation spontanée de l'estomac, nous avons placé la malade dans le décubitus latéral afin que la masse du liquide agissant sur le pylore vienne par l'action de la pesanteur aider les fibres stomacales distendues et peu puissantes.

En somme, nous croyons que si ces faits de dilatation aiguë postopératoire de l'estomac sont rares, ils doivent cependant être présents à l'esprit du chirurgien, car abandonnés à eux-mêmes ils se terminent presque toujours par la mort, tandis qu'une thérapeutique simple permet d'obtenir le plus souvent la guérison.

Énucléation abdominale d'un fibrome sur un utérus gravide au troisième mois; accouchement à terme, par M. Legrand (Hermann), d'Alexandrie, et M. C. Baron, de Dijon. — M. Hartmann, rapporteur.

A propos du procès-verbal.

A propos de la prostatectomie.

M. Tuffier. — Le *retour de la contractilité vésicale* après la prostatectomie est la raison d'être de cette opération. Ce retour a pu paraître extraordinaire à l'époque où l'on croyait l'hypertrophie

prostatique liée à une sclérose vésicale; les très nombreux faits observés prouvent que cette association est l'exception. Et ni la *durée* de la rétention complète de l'urine, ni même l'*âge* des malades ne doivent faire préjuger de ce retour.

Voici au point de vue de la durée une observation plus convaincante que celle de M. Legueu et que je puis vous résumer, puisque la pièce figure dans une des monographies de Proust sur la prostatectomie. Un homme de *soixante-quinze ans*, *rétentionniste* et n'urinant que par cathétérisme *depuis* 1890, c'est-à-dire depuis *onze ans* lors de mon intervention, a subi la prostatectomie en 1901 ; je suivis la voie périnéale. Vingt jours après son opération ce malade urinait spontanément, et il a conservé depuis quatre ans cette bonne habitude. C'est dire que la durée de la rétention n'influençait pas le résultat thérapeutique.

Mais à cet élément durée peut se joindre l'élément *âge* du malade, et le résultat est encore excellent.

J'emprunte à la dernière publication de Freyer (*Lancet*, 25 février 1905) sur l'énucléation totale de la prostate chez les hommes de vieillesse avancée (*advenced old age*) les chiffres suivants :

Un homme de 81 ans, rétentionniste depuis quatre ans, un vieillard de 84 ans, rétentionniste depuis cinq ans, opérés tous deux depuis dix-huit mois et urinant spontanément (cas 46 et cas 70). Un autre malade âgé de 82 ans n'ayant pas uriné sans sonde depuis dix ans, est opéré le 7 mars 1904 et retrouve des mictions spontanées, qu'il conserve depuis un an : il urine aussi bien qu'il n'a jamais fait.

Je ne relève ici que les cas de *rétention complète* pour rester dans le cadre des malades dont nous parlons, et pour bien spécifier que *ni la durée* de la rétention, *ni l'âge* des malades ne sont des éléments de pronostic suffisants pour établir la perte de la contractilité vésicale chez les prostatiques. Il existe cependant certaines catégories de malades qui ne retrouvent pas la miction spontanée. Ils sont exceptionnels, puisque j'en ai rencontré un seul, chez lequel d'ailleurs j'avais pu prévoir le défaut de ce retour des fonctions.

Rapport.

Deux cas d'entéro-anastomose pour cancer du gros intestin. Rétrécissement consécutif de l'orifice anastomotique. De l'entéro-rectostomie en particulier, par M. SAVARIAUD, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. A. DEMOULIN.

M. Savariaud nous a récemment présenté deux observations d'entéro-anastomose pour cancer du gros intestin, observations qui ont entre elles une grande analogie.

Dans les deux cas, il s'agissait de cancers inopérables qui s'étaient accompagnés d'occlusion intestinale aiguë, d'où la nécessité de pratiquer un anus cæcal.

Les malades ayant survécu à cette première intervention, ont demandé à M. Savariaud, de les débarrasser de l'infirmité gênante que l'opération leur avait laissée. L'anastomose a été dirigée à la fois contre le cancer et contre l'anus artificiel.

Dans la première observation, il s'agissait d'un néoplasme de l'angle splénique du côlon ; l'anastomose fut pratiquée par suture, entre le côlon transverse très dilaté et l'anse sigmoïde très rétractée.

Voici la première observation, un peu résumée, de notre collègue :

OBS. I. — *Anastomose du côlon transverse avec l'anse sigmoïde, pour cancer de l'angle splénique du côlon et anus cæcal. Rétrécissement cicatriciel de l'orifice.*

Adèle K..., cinquante-quatre ans, entre pour la première fois à l'hôpital Lariboisière, dans le service de mon excellent maître, M. le Dr Reynier, le 19 janvier 1903. Elle est en pleine occlusion et n'a pas été à la selle depuis quatorze jours; les premiers symptômes de sa maladie remontent à l'année 1900. On diagnostique un cancer du côlon et on pratique un anus cæcal très étroit.

En septembre 1904, vingt mois plus tard, elle revient à l'hôpital. Son anus, d'abord incontinent, s'est tellement rétréci qu'elle est obligée de le déboucher avec une aiguille à tricoter et n'a de selles que tous les quatre ou cinq jours, au prix de souffrances terribles. Je dilate la fistule, la malade repart soulagée, refusant l'opération que je lui propose.

Elle rentre six mois plus tard, très amaigrie, souffrant de coliques atroces et avec un ventre très ballonné. Cette fois, c'est elle qui demande l'opération. Celle-ci a lieu le 30 janvier 1905, soit deux ans après l'établissement de l'anus cæcal.

L'anastomose fut faite entre le côlon transverse énormément distendu et l'anse sigmoïde. La coprostate fut faite avec des clamps. L'anastomose fut pratiquée par trois rangées de sutures circulaires à la soie; la bouche anastomotique mesurait 4 bons centimètres. L'opération montra que le cancer siégeait à l'angle gauche du côlon, et était inextirpable.

Les suites furent des plus simples; la première selle par l'anus, eut lieu au bout de quarante-huit heures. Le troisième jour, il y eut une débâcle formidable. La malade rentra chez elle au bout d'un mois, enchantée. Elle fut présentée à la Société de chirurgie, quelque temps après, toujours très contente, mais ayant le ventre gros et de la difficulté à aller à la selle. L'anus cæcal était à peu près complètement oblitéré, et ne sécrétait qu'à de très rares intervalles, un peu de mucus ou de matières. En temps ordinaire, il était recouvert d'une croûte et ne nécessitait aucun pansement.

Pendant les deux mois qui suivent l'opération, la santé est excellente, la malade engraisse. Mais depuis elle s'est laissé constiper et les troubles sont revenus, tellement intenses, que pensant à un rétrécissement cicatriciel de son anastomose, j'ai songé un moment à lui rouvrir son anus cæcal, chose à laquelle la malade s'est refusée. Bien lui en a pris, car il m'a suffi de la reprendre quelques jours à l'hôpital et de lui administrer des doses quotidiennes, mais très faibles, d'huile de ricin, pour la ramener à un état de santé très convenable.

Actuellement elle va bien, quoique très maigre, mais est obligée de faire un usage quotidien de petites doses d'huile de ricin. Il y a maintenant six mois que cette malade est opérée. Il y a au moins cinq ans qu'elle a commencé à ressentir les premières atteintes de son mal.

Les particularités à noter dans cette observation, sont : 1° que l'anus cæcal, d'abord incontinent, se rétrécit au bout de vingt mois, à tel point que les accidents d'occlusion recommencèrent; 2° que l'anastomose transverso-sigmoïdale, après avoir amené, en quelques semaines, la fermeture de l'anus cæcal, et permis pendant deux mois, des évacuations suffisantes, se rétrécit à son tour à un degré assez accentué, pour qu'encore, les accidents d'occlusion réapparaissent.

— La seconde observation a trait à un néoplasme recto-sigmoïde que le doigt pouvait à peine atteindre. L'anastomose fut faite au bouton de Murphy, entre l'ampoule rectale et l'anse sigmoïde considérablement dilatée.

Voici la seconde observation de M. Savariaud :

Obs. II. — *Anastomose de l'anse sigmoïde, avec l'ampoule rectale (entéro-rectostomie) pour cancer sigmoïdo-rectal inopérable et anus cæcal. Survie de dix-huit mois. Mort d'occlusion intestinale.*

Le 20 avril 1903, je suis appelé d'urgence auprès de M. P..., cinquante-deux ans, qui est en état d'occlusion complète, depuis une hui-

taine de jours. Les troubles remontent à fort longtemps, mais sont surtout marqués depuis deux mois. Je fais le diagnostic de cancer du côlon et je pratique l'anus cæcal aussi étroit que possible. Le cæcum est très épaissi. Il s'écoule d'énormes quantités de matières purée de pois.

Le 13 mai, soit trois semaines plus tard, je l'opère à nouveau, avec l'idée arrêtée de lui faire une anastomose recto-sigmoïde, car sous chloroforme et sur plan incliné, j'ai pu, à bout de doigt, sentir une induration cancéreuse au droit de l'articulation sacro-iliaque, à travers la paroi rectale saine.

L'opération est faite avec le plus gros bouton de Murphy et la pince de Lardennois. Elle est des plus faciles. L'anse sigmoïde très dilatée est anastomosée avec l'ampoule rectale. L'anastomose siège à 4 ou 5 centimètres du néoplasme et, à peu près, à la même distance du Douglas. Le néoplasme est petit, adhérent, avec méso rétracté et infiltré. Voici les détails de l'opération.

« Le plus gros bouton de Murphy (pièce mâle) est introduit par un aide, dans le rectum. On lui imprime grâce à la pince de Lardennois un mouvement de bascule, qui fait saillir le bouton dans la portion libre du rectum, à 5 centimètres du Douglas. La musculature rectale est dissociée avec la sonde cannelée, dans l'axe de l'intestin. La muqueuse est perforée au thermo. Le bouton est saisi avec une pince de Kocher et la pince porte-bouton est retirée.

« La pièce femelle du bouton est placée dans l'anse sigmoïde, à 5 centimètres environ du néoplasme. L'approximation intestinale est faite avec tous les soins désirables et le bouton est serré à bloc en deux fois. Aucune suture de renforcement qui serait d'ailleurs très difficile, pour ne pas dire impossible, à une pareille profondeur. L'anastomose est située à 4 centimètres du fond du Douglas. Drain dans le Douglas. »

Les suites opératoires ont été très bénignes; le drain, qui ne sécrète presque rien, est retiré au bout de quatre jours. Au bout de huit jours, la paroi est cicatrisée. Les fonctions de la nouvelle bouche se sont établies avec une rapidité remarquable. Le jour même de l'opération, le malade a eu trois selles abondantes.

Au bout de vingt et un jours il rentre chez lui. Depuis, je ne l'ai jamais revu, mais j'ai eu, à deux ou trois reprises, de ses nouvelles.

D'abord le malade s'est très bien porté, l'anus cæcal s'est rapidement bouché, sans qu'on ait été obligé d'y rien faire ; les fonctions digestives s'accomplissaient très bien et le malade avait repris sa profession de comptable, qu'il a d'ailleurs exercée jusqu'à la fin.

Mais, petit à petit, la constipation est revenue, malgré les soins et malgré le régime (que je n'ai d'ailleurs jamais pu contrôler). Petit à petit, les coliques et les douleurs sont revenues. Au bout d'un an, (avril 1904) sa situation était, paraît-il, très misérable, mais il a refusé de se laisser rouvrir son anus. Dans ces derniers temps, après avoir consulté pas mal de médecins, dont la plupart ignoraient l'opération qui lui avait été faite, il finit par se livrer aux mains des charlatans et usa

largement de la méthode de Kneipp, dont le régime pendant un certain temps lui fit du bien. Malheureusement pour lui, dans son zèle, il avala une telle quantité de raisins avec la peau et les pépins, qu'un beau soir, on l'apporta mourant à l'hôpital Lariboisière, où on lui fit dans le service du professeur Poirier un anus contre nature. Les matières étaient tellement compactes que l'anus ne fonctionna pas. Il mourut six jours après. J'ignore si l'autopsie a été faite. Il avait en tout survécu dix-huit mois, et pendant trois mois, avait conçu l'espoir d'une guérison complète. Le retour des accidents l'avait cruellement désappointé.

Ici, encore, l'opération a été couronnée de succès, l'anus cæcal se ferma rapidement, les fonctions intestinales furent satisfaisantes pendant trois mois, au bout desquels les signes d'occlusion intestinale réapparurent progressivement.

Les deux observations de M. Savariaud ont, je le répète, une grande analogie, et aussi un point commun, celui du rétrécissement de la bouche anastomotique, peu de temps après qu'elle fut établie. Mais je m'occcuperai surtout de la seconde observation, du cas où notre collègue a pratiqué l'entéro-rectostomie intra-péritonéale, opération rarement exécutée, et, sur laquelle je désire attirer votre attention.

Le premier cas d'entéro-rectostomie paraît dû à Casamayor (1829). Il s'agissait d'un anus contre nature ouvert dans le vagin. « Casamayor fit construire une longue pince en fer, il introduisit l'un des mors dans le rectum, l'autre dans le vagin et l'iléon, puis il les rapprocha et les serra, pour obtenir un abouchement par sphacèle; le malade mourut. » (Lardennois, *Revue Gyn.*, 1899.)

En 1890, Ulmann (*Annales de la Société médicale d'Anvers*) a proposé un procédé pour aboucher le côlon dans le rectum, dans les carcinomes inopérables de la partie supérieure du rectum.

Stimson, en 1893, fit, pour un cancer de l'S iliaque du volume du poing, adhérent, inopérable, une anastomose latéro-latérale, par la méthode des sutures, entre la portion gauche du côlon transverse et la partie supérieure du rectum.

Wassilief, en 1894, a fait de l'étude de l'iléo-rectostomie le sujet de sa thèse inaugurale; il a proposé deux procédés : l'un, extra-péritonéal, l'autre, intra-péritonéal; mais il n'a pas appliqué ses idées, il n'apporte dans son travail, ni observations, ni expériences sur les animaux.

L'idée d'anastomoser l'intestin avec le rectum, à l'aide du bouton de Murphy, a été mise en pratique, après expérimentation sur les chiens, par Bacon, de Louisville, en 1894. L'opération s'adressait à des rétrécissements du rectum. Voici, d'après Quénu et Hartmann, la technique de l'opération de Bacon : « La branche

mâle d'un petit bouton de Murphy, étant placée dans le point de l'anse sigmoïde qui va servir à l'anastomose, la branche femelle est introduite par l'anus, montée sur une pince-trocart, avec laquelle on perfore la paroi du rectum au-dessous du rétrécissement. La tige du bouton, portée par la pince-trocart que dirige un aide, est saisie par la main gauche de l'opérateur, qui, tenant la branche mâle de la main droite, réunit les deux moitiés du bouton et établit l'anastomose. Quelques sutures sont alors placées entre les points de l'anse sigmoïde et du rectum qui sont en contact, de manière à empêcher une anse grêle de s'y engager.

« Le bouton étant expulsé, au bout de cinq à sept jours, un clamp est introduit à travers l'anus, l'une des branches s'engageant dans la boutonnière qu'on vient de créer, l'autre dans le rétrécissement, de telle manière que les deux branches, en se rapprochant, écrasent la cloison qu'elles enserrent. En serrant progressivement les mors, on arrive à détruire complètement la cloison. L'orifice anastomotique se trouve alors très agrandi. » (Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, t. I, p. 318.)

En 1899, Lardennois (de Reims), qui ne connaissait point les recherches de Bacon, décrivit dans sa thèse et dans un mémoire de la *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, un ingénieux procédé d'anastomose entéro-rectale, qui a depuis été employé plusieurs fois, avec succès.

Il se sert d'un gros bouton de Murphy, dont il aiguise les tiges, de façon à ce qu'en s'emboîtant elles puissent faire emporte-pièce.

La pièce femelle du bouton est mise en place, sur le bord convexe de l'anse intestinale que l'on veut anastomoser avec le rectum.

« La pièce mâle est alors montée sur une pince spéciale, à mors courbes, et à articulation excentrée. On comprend que lorsqu'on rapproche les anneaux, les mors introduits dans la cavité du cylindre s'écartant, fixent et maintiennent le cylindre du bouton, par une compression excentrique; un petit arrêt en saillie, a été ménagé sur les mors, pour supporter le bouton et l'empêcher de s'enfoncer plus avant.

« Un aide introduit alors, par l'anus, cette moitié du bouton, montée sur la pince, en dirigeant le bord libre du cylindre vers la paroi antérieure du rectum. L'opérateur suit de l'œil et du doigt, le trajet du bouton et guide l'aide.

« Le bouton étant arrêté au point qui doit être perforé, il est prudent, pour favoriser la section de l'emporte-pièce, de dissocier la couche musculaire du rectum avec la pince et le bistouri.

« La pièce femelle est alors saisie d'une main et appliquée sur

la saillie formée par le cylindre de la pièce mâle. Une pression régulière et soutenue amène la section de la muqueuse et l'articulation des deux pièces. En même temps, l'aide fait effort sur la pince, pour empêcher la pièce mâle de fuir sous la pression. » (Godineau.)

Il y aurait avantage à surélever le bassin du malade avec un coussin, pour faciliter l'application de la pièce mâle du bouton contre la paroi antérieure du rectum.

Lardennois conseille de stériliser le bouton dans un creuset rempli de beurre de cacao, de telle sorte que pendant l'application du bouton, la cavité intestinale reste fermée, ce qui diminue les chances d'infection.

Le beurre de cacao fondant à 29 degrés, la communication des anses s'établit rapidement.

L'expulsion du bouton est facilitée, si l'on a pris soin, comme le recommande Lardennois, de fixer une grosse soie dans un des orifices du chapeau de la pièce intra-rectale. Quelques tractions exercées sur cette soie, au bout d'une huitaine de jours, facilitent l'extraction du bouton, s'il tarde à être expulsé.

L'entéro-rectostomie a été très bien étudiée dans la thèse de Godineau (Paris, 1903), auquel j'ai déjà emprunté quelques-uns des détails opératoires qui précèdent.

Godineau a réuni dans son travail 8 cas d'*entéro-rectostomie*, faite pour cancer inextirpable du gros intestin.

Mais deux cas nous paraissent devoir être éliminés. L'un de Eiselberg, où il semble bien qu'il s'agisse plutôt d'une colo-sigmoïdostomie que d'une anastomose du gros intestin avec le rectum; l'autre de de Quervain, où il s'agit d'une opération trop complexe pour qu'on puisse la considérer comme une entéro-rectostomie simple.

Si donc on élimine ces 2 cas, il en reste 6 qui ont donné 2 morts et 4 guérisons.

Dans les 2 cas mortels, l'issue funeste a été rapide. Dans l'un d'eux, la mort a eu lieu au bout de vingt-quatre heures. Il s'agissait d'un médecin atteint d'un cancer adhérent de l'S iliaque, et qui ne voulait, à aucun prix, d'un anus contre nature, bien qu'il fût en pleine occlusion intestinale. Guinard anastomosa l'iléon avec le rectum friable. Il est probable que les sutures ne tinrent pas.

Dans le second cas mortel, Tuffier fit, pour une masse néoplasique adhérente à la vessie, au rectum et à l'excavation pelvienne, une *sigmoïdo-rectostomie* par le procédé de Souligoux, un peu modifié pour la circonstance.

Les sutures ne tinrent pas et, quatre jours après l'opération, le malade mourut.

Les 4 cas de guérison sont ceux : 1° de Stimson (1892, anastomose latéro-latérale entre le côlon transverse et la partie supérieure du rectum pour cancer de l'S iliaque); 2° de Desguin, d'Anvers (1899, iléo-rectostomie pour cancer du rectum inopérable); 3° de Lardennois (1902, iléo-rectostomie pour cancer du côlon pelvien); 4° de Guinard (1903, sigmoïdo-rectostomie pour cancer de la portion terminale de l'S iliaque).

A ces 4 cas il faut ajouter celui de M. Savariaud que je viens de rapporter (1904, sigmoïdo-rectostomie pour cancer sigmoïdo-rectal), et enfin, un nouveau cas de Desguin (iléo-rectostomie, le siège du néoplasme n'est pas indiqué), cas que M. Lardennois m'a signalé dans une lettre récente, ce qui donne 6 cas de guérison opératoire sur 8 interventions.

Quatre fois l'iléo-rectostomie a été pratiquée, trois fois la sigmoïdo-rectostomie, une fois la transverso-rectostomie.

Dans 4 cas, les opérateurs se sont servis du bouton de Murphy (Desguin deux fois, Lardennois, Savariaud, chacun une fois); et il y a eu 4 succès.

Le bilan de la suture est celui-ci : 4 cas, 2 guérisons (Stimson, Guinard), 2 morts (Tuffier, Guinard).

L'emploi du bouton de Murphy me paraît absolument justifié par la difficulté de bien faire les sutures à la profondeur, où l'on opère (malgré la position de Trendelenburg), et par la facilité de l'élimination du bouton si, à l'exemple de Lardennois, on le munit d'une soie sortant par l'anus.

En ce qui concerne la *survie*, Godineau ne donne de renseignements que sur le malade de Stimson, malade qui était encore en bonne santé au bout de quinze mois, et, sur celui de Desguin qui a survécu quinze mois.

Grâce à la complaisance de MM. Lardennois et Guinard, nous avons pu savoir ce que leurs malades sont devenus. Celui de Lardennois a vécu sept mois, celui de Guinard deux ans. Si nous joignons à ces 4 cas, celui de M. Savariaud, où la survie a été de dix-huit mois, nous obtenons comme moyenne de la survie, pour 5 cas où elle est notée, le chiffre approximatif de seize mois.

Si on compare cette survie à celle procurée par l'anus artificiel, dans les cas de cancer du gros intestin, survie qui, d'après les relevés de de Bovis, serait en moyenne de dix mois, on voit que l'avantage appartient à l'anastomose entéro-rectale. Il faut avouer cependant, que 5 observations ne sont pas suffisantes pour pouvoir conclure définitivement.

Cette petite statistique montre encore, que les résultats de l'anastomose entéro-rectale seraient supérieurs à ceux de l'anastomose pour cancer du gros intestin en général. La survie dans

cette dernière ne serait encore, d'après de de Bovis, que de six mois et demi (moyenne de 13 cas). Or, nous avons donné 16 mois pour l'anastomose entéro-rectale, fait paradoxal en ce qui concerne les cas où l'anastomose a été faite près du néoplasme, (anastomose sigmoïdo-rectale), car le voisinage de la bouche anastomotique avec le cancer, la prédispose fortement à l'envahissement néoplasique.

M. Savariaud, dans les très nombreux documents qu'il a bien voulu me remettre pour faciliter ma tâche de rapporteur, ce dont je ne saurais trop le remercier, s'est demandé si l'exclusion intestinale, dont on parle tant à l'heure actuelle, offre, dans les cas de cancer du gros intestin, une supériorité sur l'entéro-rectostomie.

Il a puisé dans l'excellente thèse de Lance (*De l'exclusion intestinale*, Paris, 1903) les renseignements qui lui étaient nécessaires pour répondre à cette question.

Dans 2 cas où l'on est intervenu pour des cancers du côlon accompagnés d'anus contre nature, l'exclusion a donné 2 guérisons opératoires (1 exclusion unilatérale, 1 exclusion bilatérale).

Dans 15 cas de cancer du cæcum, l'exclusion a donné 6 morts, soit une mortalité de 40 p. 100. Ces 15 exclusions se décomposent ainsi :

6 exclusions unilatérales :

2 morts.
4 guérisons, dont deux survies, qui ont permis l'extirpation.

4 exclusions bilatérales fermées :

3 morts.
1 guérison, avec survie de onze mois.

5 exclusions bilatérales ouvertes :

1 mort.
4 guérisons, avec deux survies de onze mois chacune.

Pour 7 cas de cancer des côlons, l'exclusion, sans que sa variété soit précisée, a donné 2 insuccès, soit une mortalité de 30 p. 100.

Les 5 guérisons opératoires ont donné 2 survies, l'une de cinq mois, l'autre de trois mois.

Deux fois, enfin, l'exclusion a été faite pour un néoplasme du côlon pelvien, il y a eu une mort, une guérison.

Ce qui donne, pour l'exclusion intestinale, sans distinction du procédé, dirigée contre le cancer du gros intestin, 57,70 p. 100 de succès, contre 42,30 p. 100 de mortalité.

Que si, en bonne logique, on retranche de ces cas d'exclusion, l'exclusion bilatérale fermée, absolument condamnée aujourd'hui, on ne trouve plus que 22 cas, avec 16 guérisons et 6 morts, ce qui donne une proportion de 72,72 p. 100 de succès, contre 27,28 p. 100 de mortalité.

Si on additionne le nombre de mois où la survie, après l'exclusion, a été donnée, soit dans 8 cas, on arrive au chiffre de sept mois et trois semaines, comme moyenne de cette survie.

Dans ces conditions, mortalité élevée, survie notablement moindre que dans les cinq cas d'entéro-rectostomie que nous avons rapportés, l'infériorité de l'exclusion sur la simple anastomose entéro-rectale, pour les cancers du gros intestin, devient manifeste. Avec l'entéro-rectostomie, il semble qu'on obtienne, à moins de frais, un résultat au moins aussi bon.

Telles sont les conclusions auxquelles arrive M. Savariaud ; je voulais vous les soumettre, je ne puis m'empêcher toutefois de faire remarquer que le nombre des entéro-rectostomies est bien faible et celui des exclusions relativement élevé.

Si, maintenant, nous étudions l'anastomose entéro-rectale au point de vue de la *qualité* de la guérison, nous voyons que les opérés ont été tout d'abord très satisfaits de l'intervention, surtout celui qui était porteur d'un anus contre nature, qui se ferma en quelques semaines.

L'opéré de Stimson (transverso-rectostomie) se portait encore si bien, dix-huit mois après l'opération, que le chirurgien se demanda s'il avait bien eu affaire à un cancer.

L'opéré de Desguin (iléo-rectostomie) a été constamment incommodé par une diarrhée rebelle.

Celui de Savariaud (sigmoïdo-rectostomie) a vu les signes de l'occlusion intestinale, revenir trois mois après l'intervention, il en a été de même dans le cas où notre collègue avait pratiqué, non une entéro-rectostomie, mais une colo-sigmoïdostomie.

Ceci nous amène à dire un mot de la reproduction des accidents d'occlusion après l'entéro-anastomose. Est-elle due à l'envahissement de la bouche anastomotique par le cancer, ou bien au rétrécissement cicatriciel de l'orifice ? Sans doute, rien n'est plus vraisemblable, au premier abord, que l'envahissement de l'anastomose par le néoplasme, quand il s'agit de sigmoïdo-rectostomie, où le néoplasme est à peine distant de 4 à 5 centimètres de la bouche créée. Même, dans ce cas, quand on réfléchit à la lenteur d'évolution du cancer sténosant du gros intestin, on peut se demander si cette pathogénie est bien la vraie.

Le rétrécissement cicatriciel des anastomoses viscérales est, au contraire, bien connu. Il a été signalé dans l'entéro-anastomose,

dans l'anastomose gastro-intestinale et même cholécysto-intestinale. Chaput y a insisté, Jaboulay a cité un cas de gastro-entérostomie où, non seulement la bouche avait disparu, mais où encore, les deux viscères s'étaient complètement séparés.

Ces rétrécissements, ces atrésies, ont été signalés dans toutes les variétés d'anastomoses, aussi bien dans celles faites par le procédé des sutures que dans celles pratiquées avec le bouton anastomotique.

Les deux observations de M. Savariaud apportent une contribution à l'étude du rétrécissement des bouches anastomotiques viscérales. Si, dans la seconde (sigmoïdo-rectostomie), on peut penser à l'envahissement de la bouche par le cancer, dans la première (colo-sigmoïdostomie), en raison de la grande distance qui séparait le néoplasme de l'anastomose, on ne peut penser qu'à un rétrécissement cicatriciel.

Il serait intéressant de savoir dans quelle proportion on observe l'atrésie des anastomoses viscérales. Nous nous le sommes demandé, M. Savariand et moi, et malgré nos recherches, nous n'avons pas trouvé les documents nécessaires pour répondre à cette question. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'entéro-rectostomie n'échappe pas à cette complication.

En raison du siège très bas de la bouche anastomotique dans l'entéro-rectostomie, il semble qu'en présence de la reproduction des signes d'occlusion intestinale, on pourrait essayer de dilater l'anastomose, et que, de plus, si l'on était assez heureux pour pouvoir affirmer que le rétrécissement de la bouche est d'origine cicatricielle, il y aurait lieu de recourir, selon la méthode de Bacon, qui a donné à son auteur de si brillants résultats, à l'application d'une pince entérotome.

Que si la dilatation ou l'agrandissement de l'orifice anastomotique était impossible, force serait d'en revenir à l'établissement d'un anus artificiel.

Puisque je viens de prononcer le mot d'anus artificiel, je me demande si dans quelques cas de cancer inopérable de l'intestin, l'entéro-rectostomie, quand elle est, bien entendu, possible, ne devrait pas être préférée à l'anus artificiel.

Peut-être ! surtout chez les malades qui savent à quelle pénible infirmité ils seront soumis après l'opération ; c'est une ressource à leur proposer.

Mais l'anus contre nature ne perd pas ses droits, et quand on se trouve en présence d'une occlusion intestinale aiguë, qui succède à des signes d'occlusion intestinale chronique, signes qui ont permis de soupçonner un cancer du gros intestin, c'est à lui me semble-t-il, à lui seul, que la prudence commande de recourir ; et

il en est de même pour les malades très affaiblis qui ne sauraient supporter le choc d'une laparotomie.

Les 8 cas d'anastomose entéro-rectale pour cancer du gros intestin, sont trop peu nombreux, pour que je puisse me prononcer sur la valeur de cette opération.

Je me bornerai à formuler les propositions suivantes :

L'entéro-rectostomie pour cancer inopérable du gros intestin, pratiquée huit fois, a donné six succès et deux morts. Dans les deux cas de mort, l'anastomose avait été faite par des sutures qui n'ont pas tenu.

Quatre entéro-rectostomies pratiquées avec le bouton de Murphy, selon la technique de Lardennois, ont été couronnés de succès.

L'anastomose entéro-rectale par le bouton de Murphy, paraît donc supérieure à l'anastomose faite par la méthode des sutures, la première est d'ailleurs d'une exécution beaucoup plus facile que la seconde.

D'après la statistique dressée par Savariaud, les résultats éloignés de l'entéro-rectostomie sont supérieurs à ceux de l'anus artificiel; d'une part la survie est plus considérable (elle le serait d'un bon tiers), d'autre part la situation du malade est infiniment préférable à celle qu'il occupe, après la création d'un anus contre nature.

L'exclusion intestinale appliquée au cancer du gros intestin paraît inférieure, toujours d'après la petite statistique de Savariaud, à la simple anastomose entéro-rectale.

L'entéro-rectostomie semble (observation de Savariaud) être sujette, comme toutes les anastomoses viscérales, au rétrécissement de la bouche anastomotique. A la cause habituelle de ce rétrécissement qui est la rétraction cicatricielle de l'orifice, il faut ajouter l'envahissement possible de l'anastomose par le néoplasme, toujours situé trop près d'elle, surtout dans les cas d'anastomose sigmoïdo-rectale.

S'il était possible de diagnostiquer que le rétrécissement de la bouche anastomotique entéro-rectale, est d'origine cicatricielle, il y aurait lieu de chercher à agrandir l'orifice par l'application d'une pince entérotome (méthode de Bacon).

Au point de vue de l'envahissement possible de l'anastomose, par le néoplasme d'une part, et d'autre part, au point de vue de la circulation du contenu intestinal, l'anastomose iléo-rectale est peut-être préférable à la colo-rectale où à la sigmoïdo-rectale ; les matières liquides de l'iléon étant moins susceptibles de rétention que les matières solides du gros intestin. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'anastomose iléo-rectate expose à un inconvénient sérieux, soit à une diarrhée qu'on réprime difficilement.

— Je vous propose, Messieurs, de remercier M. Savariaud de son intéressante communication qu'il a appuyée sur des documents nombreux, qui mettent en lumière sa solide érudition ; et de publier ses observations dans nos Bulletins.

Communications.

Valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures de la base du crâne,

par M. QUÉNU.

La question de la ponction lombaire dans les fractures du crâne, a été portée à la Société de chirurgie, pour la première fois je pense, en 1901, le 17 juillet, par M. Tuffier dont la communication portait pour titre : « Ponction lombaire dans les fractures du crâne, sa valeur diagnostique et pronostique. » Comme l'indique son énoncé, M. Tuffier avait surtout en vue le diagnostic des fractures du crâne et, en fait, c'est ce point de vue qui fut discuté principalement à la Société de chirurgie. Cependant, il est juste d'ajouter qu'à la fin de son travail, M. Tuffier écrivait « qu'il n'est peut-être pas téméraire de penser que les ponctions pourront acquérir une valeur thérapeutique ».

L'hypothèse de M. Tuffier paraît avoir reçu assez vite un commencement de vérification chez un malade dont M. Rochard cita l'observation dans la séance du 4 décembre 1901.

M. Tuffier apporta lui-même dix observations de fractures de la base du crâne parmi lesquelles un certain nombre parurent bénéficier de la ponction lombaire.

L'année suivante, en 1902, séance du 12 février, M. Rochard revint sur ce sujet et présenta deux malades atteints de fractures de la base du crâne, ayant laissé à leur suite des maux de tête excessivement violents et qui ont guéri par ponction lombaire. Dans le même séance, notre regretté collègue et ami G. Marchant, ajouta à l'actif de la ponction lombaire l'observation de deux malades : l'un d'eux, ponctionné le 6 février, fut revu le 13 février, puis perdu de vue. Le second malade fut suivi plus longtemps et resta guéri.

M. Muret, mon interne et moi, nous apportons sept observations de fractures de la base du crâne traitées systématiquement par

les ponctions lombaires répétées, et terminées toutes par la guérison.

Dans chaque cas, le liquide hématique résultant de la ponction a été minutieusement examiné, soit par M. Froin, dont on connaît la compétence sur ces questions, soit par M. Muret, sous la direction de M. Froin. Je n'apporte ici qu'une seule observation, celle du malade, que j'ai personnellement examiné et suivi. L'histoire des autres malades avec l'analyse des modifications histochimiques du sang, fera l'objet d'un mémoire spécial de M. Muret

L'observation personnelle que je rapporte est celle d'une fracture de la base portant sur l'occipital et vraisemblablement paramédiane. On sait, d'après les observations de ces fractures postéro-antérieures du crâne, que le pronostic en est particulièrement grave : mes propres observations, celles de Ricard et Lejars, celles que m'avait communiquées verbalement Gérard-Marchant se sont toutes terminées, et rapidement, par la mort. Et cependant la violence qui les détermine n'est pas toujours très considérable, on les a observées à la suite de simples chutes, de simples renversements de blessés de leur hauteur. Lorsqu'on fait l'autopsie, on ne trouve pas toujours de graves lésions de contusion cérébrale ni de graves altérations vasculaires susceptibles d'expliquer la rapidité de la mort.

Le nommé V..., âgé de cinquante-trois ans, tanneur, ayant glissé sur un trottoir, tomba à la renverse sur la nuque, le 17 juin 1905. Il perdit immédiatement connaissance et fut transporté chez lui d'abord, puis à l'hôpital. Les informations données prouvent que V... n'était pas sujet aux attaques d'épilepsies, syncopes, etc., et qu'il n'avait pas d'habitudes alcooliques invétérées.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le blessé avait repris connaissance mais d'une façon fort incomplète. Le lendemain, 18 juin matin, il répondait assez nettement et se plaignait seulement de céphalée : il pouvait se lever et se levait seul pour uriner. On constata chez lui une petite plaie contuse du cuir chevelu au niveau de la protubérance occipitale externe et le diagnostic de contusion du crâne avec commotion cérébrale fut porté. Je vis le malade pour la première fois le lundi matin 19. Il était retombé dans le coma le plus complet. En insistant sur les renseignements donnés, j'appris que, pendant le transport à l'hôpital, le blessé avait eu une épistaxis abondante : rapprochant ce signe des commémoratifs, de ce fait qu'aucune violence ne s'était exercée sur la face, mais que le renversement en arrière était attesté par les témoins de l'accident et par la plaie de l'occiput, je conclus à l'existence très probable d'une fracture postéro-antérieure du crâne para-médiane (1). Nous pûmes aussi constater l'existence

(1) Une radiographie a été faite au moment de la sortie de l'hôpital ; il est impossible d'en tirer aucun renseignement.

d'une double ecchymose mastoïdienne prononcée surtout à droite et celle d'une ecchymose pharyngienne. Aucune otorragie. J'autorisai qu'on fît une ponction lombaire : celle-ci pratiquée par M. le Dr Froin, donna issue à du sang presque pur. Peu de temps après, on observa une amélioration considérable : le malade sortit de son coma, comprit ce qu'on lui disait; on put lui faire exécuter quelques mouvements volontaires et s'assurer qu'il ne présentait aucune paralysie d'aucune sorte. Deux à trois heures après, il retomba dans le coma.

Le lendemain 21 juin, on pratique de nouveau une ponction lombaire par laquelle on retire 18 centimètres cubes dans 3 tubes dont le dernier est moins coloré; légère réaction de Gmelin. La ponction est suivie d'une reprise de connaissance qui dure trois heures.

Le 22 juin, 3e ponction avec issue de 20 centimètres cubes de liquide sanguinolent.

Le 23 juin, 4e ponction issue de 18 centimètres cubes de liquide coloré; Gmelin à peine visible.

Le 24 juin, 5e ponction, 15 centimètres cubes; plus de Gmelin.

Le 26 juin, 6e ponction, 12 centimètres cubes; écoulement lent, liquide seulement jaune.

Le 29 juin, 7e ponction.

Le 5 juillet, dernière ponction.

Dans le liquide de la 1re ponction le sang était presque pur.

Dans celui de la seconde on comptait 776.000 globules rouges par millimètre cube.

Dans celui de	la	3e.	534.000	
—	—	4e.	90.200	
—	—	5e.	11.560	
—	—	6e.	15.475	(hématomacrophages nombreux.)
—	—	7e.	394	
—	—	8e.	87	

Le traitement, comme on le voit, fut systématiquement continué jusqu'à ce que le liquide extrait devînt à peine teinté. Chaque jour les périodes de lucidité du malade augmentaient d'étendue, mais le coma ne disparut complètement qu'au bout de dix jours, c'est-à-dire au moment où le liquide retiré devint à peine teinté. Il persiste encore plusieurs jours un état marqué de torpeur intellectuelle, avec incontinence d'urine et des matières, mais peu à peu l'intelligence s'éclaircit, l'agitation cesse et le blessé sort guéri le 7 août, soit environ un mois et demi après l'accident; depuis, il a quitté l'hôpital et repris son métier de tanneur.

J'ai rapporté cette observation en détails de préférence aux six autres que M. Muret du reste publiera ultérieurement, non seulement en raison de la gravité particulière que semblent avoir les fractures de l'occipital, mais parce que les effets thérapeutiques de la ponction lombaire sur l'état comateux se sont renouvelés sous

nos yeux avec une telle constance qu'aucun doute ne pouvait plus subsister dans notre esprit.

Les résultats obtenus d'une façon répétées ont donc plus que la valeur d'une observation unique.

Je sais bien que le pronostic des fractures de la base du crâne est beaucoup moins noir que jadis, depuis surtout que le nettoyage rigoureux des cavités contiguës à la fêlure de l'os, rend moins fatale l'infection des méninges; on ne compte plus le nombre de fractures de la base spontanément guéries; néanmoins le chiffre de 7 guérisons sur 7 que je vous apporte est assez impressionnant et plus encore peut-être l'observation des effets réitérés de la ponction lombaire dans l'histoire du malade que j'ai rapportée plus haut.

On ne saurait soutenir, comme l'a fait M. Reynier(1) fort sceptique sur les effets thérapeutiques de la ponction lombaire, qu'il y a eu là une simple coïncidence. Les observations de Tuffier, de Rochard, de Gérard Marchant, et les nôtres forment déjà un faisceau qui renverse cette interprétation.

Il y a là par suite une ressource nouvelle qu'il faut d'autant moins dédaigner que, à part les soins d'asepsie auxquels je faisais allusion plus haut, nous demeurions à peu près désarmés dans les fractures de la base du crâne, la trépanation n'ayant pas donné en général de bien brillants résultats.

Assurément! les ponctions ne s'adressent qu'à un des facteurs dont l'ensemble donne naissance au tableau clinique que nous observons. Assurément, l'attrition de la substance nerveuse n'en est pas modifiée, mais la réaction des parties encéphaliques saines semble l'être; le fait de l'amélioration après ponction nous paraît évident et hors de conteste.

Il n'en est plus de même si on cherche à savoir pourquoi cette amélioration survient, et c'est précisément là l'étude qu'à entreprise mon interne, M. Muret.

La première idée qui se présente, et c'est celle qui est venue à l'esprit de M. Tuffier et d'autres chirurgiens, c'est d'incriminer dans la pathogénie des accidents, l'augmentation de la tension intra-cranienne, résultant soit de l'épanchement de sang, soit de l'hypersécrétion du liquide céphalorachidien. Il est possible qu'il y ait une part à faire à cette hypertension, mais d'après nos observations l'hypertension ne serait pas seule à intervenir et il faudrait faire jouer un rôle dans la production du coma et du délire secondaire aux phénomènes de résorption sanguine.

Cette résorption commence plus ou moins vite, vingt-quatre,

(1) Séance du 11 décembre 1901.

quarante-huit heures et plus suivant le cas : la résorption trop rapide est funeste : il semble s'établir, par l'intervention de certains éléments, une sorte de régulation dans l'action des polynucléaires hémato-macrophages; l'exagération de cette action macrophage amènerait une véritable intoxication des centres; la ponction lombaire agirait comme moyen d'élimination de substances toxiques.

M. Tuffier. — Je remercie M. Quénu d'avoir bien voulu rappeler nos travaux de 1901 sur cette question. Tout ce que nous avons vu depuis cette époque n'a fait que confirmer nos opinions premières sur la valeur diagnostique et pronostique de la ponction lombaire dans les traumatismes du crâne. Quant à sa valeur thérapeutique, l'observation si précise qui vient de nous être lue l'établit nettement. Voici, à cet égard, ce que j'ai vu. Je n'ai pratiqué la ponction lombaire que pour remédier à des accidents de céphalalgie intense et tenace, complication si fréquente des fractures du crâne. Les résultats obtenus *ne sont pas constants*; j'ai vu des malades soulagés d'une façon presque immédiate et durable; j'en ai vu d'autres chez lesquels cette amélioration ne persistait pas; enfin, j'ai observé d'autres cas où la ponction n'a donné aucun résultat. Je n'ai pu établir la cause de ces différences.

L'hypothèse de la toxicité du sang et de son action sur les centres nerveux qu'invoquait M. Quénu me paraît devoir être prise en considération. Pour ma part, dans mes diverses ponctions, j'ai constaté que la *présence abondante de sang* dans le liquide céphalo-rachidien coïncidait avec le *pouls lent*, magistral, le *pouls cérébral*. J'admettrais volontiers l'action de l'épanchement sanguin sur les centres bulbaires pour expliquer cette coïncidence.

Je désire enfin appeler votre attention sur un fait qui n'a plus trait à la thérapeutique et qui, comme tel, ne rentre pas directement dans cette discussion. Il s'agit de diagnostic. La ponction lombaire, dans les affections craniennes, me permet de vous affirmer la *guérison spontanée possible des méningo-encéphalites traumatiques suppurées*. J'ai observé un cas qui ne laisse aucun doute à cet égard. Le malade présentait tous les signes d'une méningo-encéphalite à la suite d'un traumatisme du crâne avec suppuration osseuse et hernie cérébrale. *La ponction lombaire pratiquée plusieurs fois donna issue à du pus franc phlegmoneux* qui fut examiné à mon laboratoire par M. Mauté. Malgré ces accidents, le malade guérit, et revu 3 mois après sa guérison, il ne présentait pas le moindre trouble cérébral ou médullaire.

Pollakiurie nocturne. Incontinence nocturne d'urine, symptomatique de la tuberculose rénale. Diagnostic précoce de la tuberculose rénale,

par M. BAZY.

Je commence par un simple récit : je suis appelé à voir avec le Dr Laurent (de Versailles), le 5 juillet dernier, une jeune fille, Mlle C..., âgée de quatorze ans.

Cette jeune fille n'a jamais fait qu'une maladie, la rougeole, et une rougeole franche, nette, mais sans complications.

Elle a les cheveux blond vénitien.

Pas d'antécédents dans sa famille; père mort d'accidents cérébraux syphilitiques.

Rien dans les autres ascendants.

Une tante maternelle a aussi les cheveux blond vénitien.

Elle a été réglée au mois d'octobre dernier, et très régulièrement pendant quatre mois ; depuis, les règles ont disparu.

Dès la fin de décembre, on remarqua qu'elle se levait souvent la nuit. Sa sœur lui en fit la remarque, et ce n'est qu'à partir de ce moment, c'est-à-dire au commencement de janvier, qu'on remarqua qu'elle avait l'urine trouble ; on n'y attacha pas une grande importance.

En mars, elle se mit à uriner au lit la nuit ; un médecin de Paris, consulté, diagnostiqua une incontinence nocturne essentielle d'urine, et ordonna de la belladone, des douches, qui n'amenèrent aucune modification.

Bientôt le sang apparut dans l'urine.

Le Dr Laurent, appelé alors, rapporta tous ces accidents à leur véritable cause, c'est-à-dire à une tuberculose rénale ; il fit faire par M. Debains, pharmacien très distingué de Versailles, chef des travaux chimiques à la clinique de M. Guyon, un examen bactériologique. Celui-ci y trouva un bacille acido-résistant, à l'état de pureté, sans autre microbe, le dépôt étant formé de leucocytes et d'hématies (1). Il ordonna le repos et une alimentation substantielle.

Quand je la vis, elle était très améliorée : au lieu de se lever 7 à 8 fois par nuit, Mlle C... n'urinait plus que 3 ou 4 fois ; elle n'urinait guère que 6 à 7 fois dans la journée, au lieu de 12 et 13 fois.

L'urine est légèrement sanguinolente, surtout la nuit. Au reste,

(1) Une inoculation au cobaye a été positive.

le sang a diminué sous l'influence de la potion à l'ergotine, et dans le jour elle est jaune un peu foncé, il y a 1.000 à 1.100 centimètres cubes.

Au premier examen, cette jeune fille, étant un peu émue et ennuyée de nous voir, répondit assez mal à nos questions, et notre examen n'eut pas grand résultat au point de vue de la localisation de la lésion.

A notre second examen, nous constatons les faits suivants :

Rien du côté du rein gauche.

Du côté droit, il existe ce jour-là :

1° Un point para-ombilical net, un peu en dedans du point habituel.

Rien dans les parties voisines.

2° un point lombaire ;

3° Un point sus-pubien ;

4° Un point hypogastrique ; celui-ci répondant à la vessie.

Nous n'avons pas fait, cela va sans dire, le toucher vaginal.

Un examen cystoscopique ultérieur sera fait pour vérifier ce diagnostic. Cet examen a été fait depuis que j'ai écrit ces lignes et a montré de la rougeur de la vessie sans ulcération.

Voilà donc un exemple où la pollakiurie nocturne et l'incontinence nocturne d'urine ont été les premiers symptômes d'une tuberculose rénale, et c'est pour l'incontinence nocturne que les parents ont consulté un médecin, qui, prenant cette incontinence symptomatique pour une incontinence dite essentielle, a donné plusieurs des traitements conseillés contre cette infirmité. Le trouble de l'urine et la pollakiurie nocturne antécédente, auraient dû cependant l'éclairer, surtout la pollakiurie, car le trouble peut quelquefois passer inaperçu.

Au contraire, l'esprit avisé du Dr Laurent ne s'y est pas trompé, et il n'a pas hésité à rapporter à sa véritable cause les troubles accusés par sa jeune cliente ; et, ce qui montre bien la relation existant entre la fréquence des mictions et l'incontinence, c'est que, en même temps que s'améliorait ce symptôme, avec la diminution de la pollakiurie nocturne, disparaissait l'incontinence. Le cerveau, moins souvent sollicité, pouvait répondre aux sollicitations et empêcher l'incontinence.

Ces faits d'incontinence nocturne symptomatique se multiplieraient, et si on voulait publier tous ceux qu'on observe, on en trouverait de nombreux.

Cette incontinence a des caractères importants : d'une part, elle coïncide avec le trouble purulent de l'urine ; d'autre part, elle ne se montre qu'à un âge où l'incontinence nocturne a cessé ; elle se montre, alors que, dans les années précédentes, cette incontinence

nocturne n'existait pas, quand déjà les sujets ont dépassé l'âge de cette incontinence, et quand, à supposer que cette incontinence eût existé dans l'enfance, il s'est écoulé un temps plus ou moins long entre la première incontinence, celle qui était dite essentielle, et celle-ci qui est symptomatique.

Cette observation est éminemment suggestive. Aussi me permettrez-vous de la faire suivre de quelques considérations sur le diagnostic précoce de la tuberculose. Elles en constitueront en quelque sorte le commentaire.

Nous nous efforçons et nous devons nous efforcer de faire le diagnostic précoce, le diagnostic le plus précoce possible de la tuberculose rénale.

Or, avec les signes donnés par ceux qui pensent être les seuls défenseurs de l'opération précoce, je défie de faire un diagnostic suffisamment hâtif pour faire une opération méritant réellement le nom d'opération précoce.

Quels sont les signes indiqués par ces auteurs? On nous parle comme signe du début, d'une coloration pâle, particulière à l'urine, coïncidant avec le trouble de cette urine, et de l'irritation vésicale. On traite cette vessie, et elle reste rebelle au traitement. C'est alors seulement qu'il faudrait songer à la tuberculose rénale, et procéder aux explorations vésicales, étude de la résistance de la vessie à la distension, etc.

Tout d'abord, je puis dire qu'il y a longtemps que la tuberculose est installée quand l'urine présente cette coloration pâle particulière : elle est déjà à l'état caséeux.

Or, on peut faire le diagnostic avant cette période. On doit le faire, puisque l'opération doit être le plus précoce possible.

Je vous ai présenté ici même, dans la séance du 17 mai dernier, un rein *tuberculeux* que j'avais enlevé et qui en était encore à la période de fongosités, *sans caséification*. En voici la représentation coloriée; j'y joins l'aquarelle d'un autre rein enlevé quelques jours plus tard, et dans lequel vous ne verrez que des fongosités non arrivées à la période de caséification (1). J'ajoute que ces fongosités inoculées à des cobayes les ont rendus tuberculeux. Or, l'urine avait dans les deux cas des caractères quelconques : elle était simplement trouble.

Et notez que le diagnostic, posé pour ces deux cas, avait été fait plusieurs mois auparavant, et que ce sont des circonstances indépendantes de ma volonté qui ont empêché l'opération d'être encore plus précoce.

(1) Ces deux aquarelles sont mises sous les yeux des membres de la Société de Chirurgie.

Je vous ferai remarquer qu'*aucun* des reins tuberculeux présentés ici comme enlevés *d'une façon précoce* n'avait de lésions *aussi peu avancées* que celles que vous représentent ces deux aquarelles.

C'est donc une grande erreur de dire que seuls les moyens instrumentaux permettent un diagnostic précoce.

Il y a, avant l'application de ces moyens instrumentaux, quels qu'ils soient, qu'ils soient thérapeutiques, qu'ils soient diagnostiques des signes, des symptômes permettant le diagnostic, et ce sont ces signes, ces symptômes qui m'ont fait faire le diagnostic, et je n'ai employé les instruments que pour le confirmer.

Au demeurant, dans le diagnostic des lésions des reins, qu'il s'agisse de lésions infectieuses simples, qu'il s'agisse de tuberculose, je me comporte comme pour le diagnostic de la pierre dans la vessie, comme pour toute autre affection.

Dès qu'un malade se présente à moi avec des symptômes vésicaux, *je l'interroge*, et s'il offre les signes classiques de la pierre, s'il a des symptômes qui peuvent et doivent y faire songer, je propose l'exploration instrumentale, mais je me garde bien d'explorer d'emblée tout individu se présentant à moi avec des troubles vésicaux. Pourquoi ne nous comporterions-nous pas de même dans tous les cas, et notamment dans les cas de lésions supposées rénales? Pas plus pour le rein que pour la vessie, l'intervention instrumentale n'est justifiée qu'après un interrogatoire aussi complet que possible.

Aussi je vous avoue que je suis surpris quand je vois donner comme signe précoce d'une lésion rénale, d'une tuberculose rénale, l'absence de réaction de la vessie à la distension. Il y a danger à tourmenter la vessie dans la tuberculose rénale.

En outre le signe est trompeur. S'il est vrai qu'une vessie atteinte de cystite s'oppose pas à la distension, et s'y oppose d'autant plus qu'elle est plus malade, il n'est pas exact de dire qu'une vessie saine peut se laisser distendre. J'en ai fait encore l'expérience ces jours derniers : une vessie parfaitement saine et contenant un calcul s'est rapidement révoltée et a réagi précocement à l'injection d'une petite quantité d'eau boriquée, injectée, avant chloroformisation, pour faire la lithotritie : j'ai dû attendre l'anesthésie pour pouvoir faire l'injection ; or, pendant l'opération, la vessie est restée complètement et remarquablement tranquille.

Cette intolérance de la vessie à la distension, même quand elle n'est pas tuberculeuse, on peut encore la trouver, dans les cas où il existe, au niveau de l'orifice vésical de l'uretère du côté malade des lésions banales, non tuberculeuses et susceptibles de rétrocéder après la néphrectomie.

Et puis, admettons que la vessie soit malade, ce diagnostic peut-il suffire? assurément non. Il faut en outre savoir si le rein est ou non malade, en même temps si les deux le sont ou s'il n'y en a qu'un, et c'est ici que la difficulté redoublera pour ceux qui n'attachent qu'une importance secondaire aux signes que j'ai indiqués: car l'emploi des moyens instrumentaux exigera le chloroforme. Or, j'estime que le chloroforme a des indications; sa nécessité en sera d'autant mieux établie qu'on aura soi-même mieux fixé ces indications, et son intervention sera d'autant plus indispensable qu'on aura mieux épuisé les raisons de s'en passer. Enfin, même avec le chloroforme, l'emploi des instruments peut être impossible.

Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles un examen superficiel peut induire en erreur, et ces circonstances se rattachent précisément à ces cas de tuberculose au début dont je parle.

Il y a, dans ces cas, très peu de signes physiques, très peu de signes fonctionnels : l'urine est trouble, mais pas d'une façon marquée, la douleur est nulle ou à peine sentie, la pollakiurie n'existe pas, c'est à peine si le nombre des mictions est augmenté. Le seul symptôme en apparence est le trouble de l'urine. C'est dans ces cas qu'on fait des traitements locaux, et on s'aperçoit que ces traitements locaux ne font rien, qu'ils aggravent la situation. Et alors, on fait de cette inutilité du traitement local, de sa *nocivité* (je pourrai vous en fournir des exemples) un signe diagnostique. J'avoue que tout ceci dépasse mes conceptions; mais c'est précisément pour éviter ces traitements locaux *inutiles ou dangereux*, que je me suis efforcé de chercher des signes du début de la tuberculose rénale. Et il faut croire que ces signes sont bons puisque c'est grâce à eux que j'ai pu enlever ces reins, atteints de tuberculose au début que je vous présente, et c'est encore grâce à eux que j'ai pu faire des diagnostics de siège dans lesquels l'absence des symptômes autres que ceux que j'ai indiqués a été confirmée *trois fois* par M. Guyon.

Et c'est pour cela que je vous ai soumis l'observation par quoi j'ai commencé ma communication, en ajoutant que je tiens à parler de ces faits, ici, devant vous, pour susciter la discussion, affirmant (pardonnez mon audace, justifiée par mes convictions scientifiques) qu'*on ne pourrait produire ici une observation de tuberculose rénale* dans laquelle il n'aura pas été trouvé de la *pollakiurie nocturne* telle que je l'ai décrite, c'est-à-dire de la *pollakiurie comparative.*

Par contre, je défie, avec les symptômes décrits par tous ceux qui se sont occupés de la tuberculose rénale, de faire un dia-

gnostic précoce de cette tuberculose s'ils n'emploient pas *systématiquement* les moyens instrumentaux.

Cette *pollakiurie nocturne* est un signe de premier ordre des lésions tuberculeuses ou inflammatoires du rein. La recherche, et par suite la valeur des autres signes dont j'ai parlé ici à maintes reprises, dépend de l'attention et de la bonne volonté de ceux qui les cherchent, j'allais dire de leur tournure d'esprit, de leur manière de penser et de sentir.

Pour ce qui me concerne, je considère qu'il vaut mieux s'acharner à la recherche des signes accessibles à tous les médecins, et de ne faire servir les instruments dont nous avons l'habitude et le maniement, qu'à perfectionner ces signes de façon à rendre inutiles ces instruments pour ceux qui ne les ont pas ou qui, les ayant, n'en pourraient que rarement trouver l'emploi, et ne sauraient pas s'en servir. C'est encore la meilleure façon d'être utile à nos confrères et par conséquent aux malades. C'est encore la façon la plus sûre de faire faire des progrès à notre profession (1).

C'est pour vous parler encore de la *pollakiurie nocturne* comme symptôme de début de la tuberculose rénale que je vous ai présenté tout d'abord mon observation. C'est aussi pour qu'elle soit connue des médecins qui, très souvent, voient les premiers les malades.

Reconnue chez un sujet bien ou mal portant antérieurement, elle doit éveiller l'idée d'une lésion infectieuse du rein, elle empêchera ces traitements nuisibles qu'on impose à la vessie et dont on fait des moyens de diagnostic. Elle permettra une étude plus raisonnée et plus raisonnable du sujet malade, examen clinique, examen microscopique de l'urine, recherche du bacille de Koch, inoculation, et on arrivera peu à peu au diagnostic de localisation si important dans l'espèce.

Cette façon de procéder me paraît plus conforme à la clinique et aux véritables intérêts des malades, en leur évitant des souffrances inutiles dues aux manœuvres et traitements locaux. Toutes ces manœuvres n'ont qu'un résultat, celui de retarder l'opération qui devient ainsi moins hâtive entre les mains de ceux qui défendent l'opération dans leurs écrits, qu'entre les mains de ceux qui, comme moi, la défendent dans leurs actes.

(1) Il est bien entendu qu'il n'est pas question ici de faire toute la symptomatologie de la tuberculose rénale et notamment de parler des caractères microscopiques de l'urine qui, si elle est pauvre en microbes ou amicrobienne en même temps que purulente, devra être tenue pour une urine de tuberculose urinaire, et à plus forte raison n'est-il pas question de l'examen bactériologique ni de l'inoculation qui est le seul signe de certitude.

Présentation de pièce.

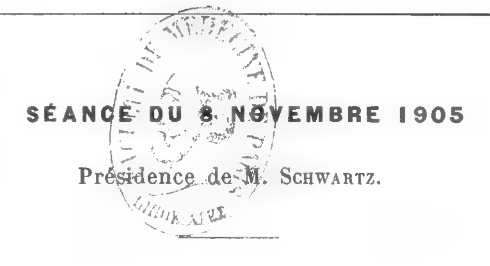
Anévrisme du tronc tibio-péronier. Extirpation. Guérison, par M. LEGRAND (Hermann), d'Alexandrie. — M. DEMOULIN, rapporteur.

Le *mercredi* 1er *novembre* étant jour férié, la prochaine séance de la Société aura lieu le *mercredi* 8 *novembre*.

Le secrétaire annuel.

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. DELORME, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. POIRIER, qui demande un congé pour le semestre d'hiver. pendant lequel il fait son cours à la Faculté.

4°. — Un travail adressé pour concourir au prix Gerdy, avec l'épigraphe : *Labor improbus omnia vincit.*

5°. — Un mémoire adressé pour concourir au prix Laborie, avec la devise : *Labor improbus omnia vincit.*

6°. — Un mémoire adressé pour concourir au prix Demarquay, portant en exergue : *Semper.*

7°. — La thèse de M. Piquand, intitulée : *Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus*, déposée pour concourir au prix Marjolin-Duval.

8°. — Des lettres de MM. Souligoux et Thiéry, candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

A propos de la correspondance.

M. Tuffier dépose sur le bureau de la Société un travail du Dr Letoux (de Vannes), intitulé : *Invagination et étranglement de l'intestin à travers une fistule diverticulaire adhérente à l'ombilic.*

Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Tuffier est nommé rapporteur.

A propos du procès-verbal.

Fracture de la base du crâne et ponction lombaire.

M. Potherat. — Dans la dernière séance, M. Quénu nous a rapporté une observation de fracture de la base du crâne au niveau de l'étage inférieur, fracture affirmée par la nature du liquide retiré par ponction lombaire suivant la méthode de Tuffier. Mais M. Quénu ne s'en est pas tenu à cette valeur diagnostique de la ponction lombaire : il pense que celle-ci peut jouer un rôle important dans la guérison, et les détails de son observation sont à cet égard très impressionnants.

La question mérite, n'est-il pas vrai, qu'on s'y arrête ; c'est pourquoi je vous demande la permission de vous rapporter le cas d'un malade sorti il y a quelques jours seulement de mon service de l'hôpital Broussais et complètement guéri.

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, qui, se rendant à son bureau à motocyclette, fit une chute qui le précipita violemment sur le sol la tête première, sans qu'il puisse préciser quel point de sa tête a porté, car il avait de suite perdu la notion exacte des choses extérieures.

Cependant, il n'a pas perdu tout à fait connaissance, et transporté à l'hôpital par des agents, il peut marcher sans aide. Mais il est dans un état d'hébétude très marqué, et ne répond aux questions que très lentement, d'une manière indifférente et incomplète.

Il a quelques petites excoriations du nez et de l'arcade sourcilière gauche, et paraît se plaindre surtout de la cuisse gauche qui est le siège d'une contusion ; l'état général est relativement satisfaisant ; le pouls est à peu près normal à 70. Le malade a vomi à plusieurs reprises des aliments, pas de sang.

Aussi pense-t-on tout d'abord qu'il s'agit d'un choc violent, mais sans lésions notables, et que quelques heures de repos au lit suffiront à remettre cet homme dans l'état à peu près normal.

Cela se passait le 11 octobre dernier, le matin. Le soir du même jour, l'état s'aggrave. Le malade est couché en chien de fusil, il gémit, semble toujours se plaindre de sa cuisse, mais il répond à peine aux questions, et les excitations le laissent à peu près inerte. Il est dans un état de subcoma. En outre, le pouls n'est plus qu'à 56.

Le 12 *octobre*, le subcoma persiste; de temps à autre, il y a un peu de délire et d'agitation. La température axillaire est à 38°5, le pouls reste à 56. On prescrit un lavement purgatif.

Le 13 *octobre*, même état subcomateux, avec crises d'agitation un peu plus fréquentes. Le malade répond encore, quoique difficilement, aux questions. C'est ainsi qu'interrogé, il accuse pour la première fois de vives douleurs de tête. Le pouls est plus lent encore; il descend à 48. L'état général devient réellement inquiétant. Une ecchymose apparaît nettement autour de la mastoïde droite, moins nettement à gauche, et dans le pharynx; on voit aussi de l'ecchymose se montrer autour des paupières gauches. Je porte le diagnostic de fracture de la base du crâne s'étendant vers l'étage inférieur.

Dans la journée, mon interne, M. Lew, pratique une ponction lombaire et retire quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, nettement hémorragique. Cette soustraction n'a pas apporté de changement notable dans la situation, cependant la *céphalalgie semble avoir été atténuée.*

Le 14 au matin, le pouls n'est plus qu'à 44, mais l'état général s'est un peu amélioré; l'agitation est moindre et le malade répond mieux aux questions.

A partir du 20 octobre, les ponctions lombaires sont renouvelées tous les trois jours par M. Lew; elles donnent issue à un liquide de moins en moins coloré. Les ecchymoses mastoïdiennes et palpébrales, qui avaient acquis une grande intensité, s'effacent peu à peu, l'état général s'améliore graduellement; le pouls se relève, et dès le 20 octobre il était à 60.

Le 27 *octobre*, le malade peut se lever, il boit, mange et dort convenablement, et le 4 novembre il quitte le service totalement guéri.

- Telle est, Messieurs, rapportée jour par jour l'histoire de mon malade. L'existence d'une fracture du crâne, à la base, me paraît indéniable. Elle était à mes yeux établie par les conditions de la

chute, les phénomènes cérébraux, le ralentissement du pouls, l'apparition des ecchymoses périmastoïdiennes.

La ponction lombaire en montrant la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien, a confirmé ce diagnostic et a donné à nouveau raison à la méthode imaginée par Tuffier. Le liquide très hématique d'abord, l'est devenu de moins en moins dans les jours qui ont suivi ; c'est la règle, quand le malade guérit.

Mon blessé a guéri ; quelle part les ponctions ont-elles eu dans cette guérison? Il m'est difficile de le dire. La première ponction a été suivie d'un soulagement, d'une atténuation des douleurs de tête. Mais ce soulagement n'était pas considérable : en outre, les ponctions subséquentes ont été faites alors que l'amélioration était très marquée et que le malade marchait vraiment vers la guérison.

Je vous donne ce fait pour ce qu'il vaut ; c'est un document versé au débat qui reste ouvert, sans que je puisse dire qu'il montre que les ponctions lombaires aient une valeur thérapeutique réelle dans le cas de fracture de la base du crâne.

J'ai d'ailleurs par devers moi le cas, qui remonte maintenant à plusieurs années, d'un homme qui, emporté dans une descente rapide par son cheval, fut projeté hors de sa voiture la tête la première sur le pavé de la rue, frappa violemment du front le sol.

Relevé sans connaissance, il resta dans le coma pendant plusieurs jours ; des ecchymoses survinrent autour des mastoïdes et au pharynx, le pouls, toujours régulier, descendit à 38 par minute. Le diagnostic de fracture de la base du crâne dans la région occipitale me parut indiscutable. Je ne fis pas de ponction lombaire, pour la bonne raison qu'à cette époque personne ne songeait à ce mode d'exploration ; et cependant, après avoir été pendant près de quinze jours dans un état des plus graves, cet homme guérit, et il est aujourd'hui, huit ans après l'accident, encore bien portant.

La guérison fut, il est vrai, plus longue à obtenir que dans le cas actuel, mais les accidents avaient été aussi beaucoup plus marqués.

De mes deux faits si l'on voulait dégager, je ne dirai pas des conclusions, ce serait excessif, mais des considérations, on dirait : la ponction lombaire affirme par la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien l'existence d'une fracture de la base du crâne.

Celle-ci, même quand elle siège dans la région occipitale, peut guérir sans le secours des ponctions lombaires.

Ces ponctions paraissent cependant avoir une influence favorable sur l'évolution des accidents cérébraux dont cette fracture est la cause.

M. Terrier. — On a fait dans mon service un certain nombre de ponctions lombaires, un cas m'a beaucoup frappé.

Il s'agissait d'une fracture de la base avec paralysie faciale. Or, le malade présentait également de violentes douleurs. La ponction lombaire répétée à diverses reprises a apporté une grande amélioration au point de vue des douleurs.

M. Guinard. — Je ne veux pas laisser clore cette discussion sans verser au débat une observation, bien qu'elle ne soit pas complète. Il y a quelques jours, on amène dans mon service de Saint-Louis un homme en état d'ivresse qui venait de faire une chute dans un escalier. Il avait une vaste ecchymose occupant toute la face. Le lendemain je trouvai le malade assis sur son lit, et comme il n'avait perdu du sang ni par le nez, ni par les oreilles; comme l'ecchymose avait été immédiate, je ne pensai pas à une fracture du crâne.

Le troisième jour, à mon arrivée, je trouvai le malade en proie à un délire des plus violents : pour en donner une idée, on avait pensé qu'il s'agissait d'un accès de délirium tremens. Je pratiquai une ponction lombaire, et je pus extraire 40 centimètres cubes d'un liquide absolument rouge. Aussitôt après la ponction, un calme complet succéda à ce délire furieux. Mais dans la soirée, le délire revint peu à peu et le lendemain, il était aussi intense que jamais. Je fis une nouvelle ponction lombaire qui amena 40 centimètres cubes de liquide aussi sanguinolent que la veille. Je note que le liquide sortait sous pression, en jet saccadé. Le calme succéda comme la veille à l'agitation, mais dans l'après-midi, le malade mourut dans une syncope.

Voici d'ailleurs l'observation entière, telle qu'elle m'a été remise par mon excellent interne M. Picquet.

Observation. — G..., cinquante-deux ans, palefrenier, entre à l'hôpital le 29 octobre pour contusions multiples et plaie de tête. Il a fait une chute deux jours auparavant, un soir qu'il était ivre.

A son entrée, on constate une large plaie dans la région pariétale gauche qui saigne abondamment. Il porte de nombreuses ecchymoses sur la face, notamment au niveau des deux paupières inférieures; les conjonctives sont injectées de sang.

La plaie de tête semble intéresser uniquement les téguments, sans solution de continuité osseuse. On ne constate d'autre part aucun symptôme de fracture de la base. L'ecchymose sous-conjonctivale s'est produite aussitôt après le traumatisme. On ne constate pas d'ecchymose pharyngée, ou mastoïdienne. Il n'y a pas eu d'otorragie, pas d'épistaxis, pas d'écoulement de sérosité, ni par le nez, ni par les oreilles. On ne remarque aucune paralysie des nerfs craniens. En présence de tous ces

signes négatifs on pense à une plaie simple sans fracture de crâne. Le malade avoue qu'il est très alcoolique.

30 *octobre*. — Etat stationnaire.

31 *octobre*. — Un peu d'agitation; le malade devient très loquace; la température s'élève; on redoute une crise de délire alcoolique et on prescrit du vin laudanisé.

1 et 2 *novembre*. — Le délire augmente. Le malade est violemment agité. Il vocifère. Il croit qu'on veut l'opérer malgré lui. Il s'échappe sans cesse de son lit et erre à travers la salle, montrant ainsi qu'il n'est nullement paralysé. La température s'élève à 41 degrés et le malade est atteint d'un délire si furieux qu'il faut lui mettre la camisole.

3 *novembre*. — *Ponction lombaire*. — On retire 40 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien très sanglant et qui s'échappe sous pression. Aussitôt le malade tombe dans une sorte de coma. Pendant quelques heures il reste inerte sur son lit, « fumant sa pipe. » Mais le délire reprend bientôt. La température reste élevée Le pouls, qui dès le début avait été rapide, atteint maintenant 130 pulsations à la minute.

4 *novembre*. — *Nouvelle ponction lombaire* de 40 centimètres cubes de liquide à peu près aussi rouge que celui de la veille. L'agitation ne cède pas aussi complètement que la première fois. Il y a près de 140 pulsations à la minute. A deux heures de l'après-midi le malade meurt. Une nouvelle ponction lombaire est faite peu après la mort. Le liquide ensemencé reste stérile.

Autopsie le 9 novembre. — On commence par ouvrir le rachis. L'espace sous-arachnoïdien est rempli de sang, des caillots se sont déposés du haut en bas du rachis.

On fait sauter ensuite la calotte cranienne, après avoir constaté qu'il n'y a aucune fracture de la voûte au niveau de la plaie des téguments. On enlève le cerveau. La pie-mère est intacte; on l'arrache alors de la base du crâne : il n'y a aucun trait de fracture. Les espaces sous-arachnoïdiens contiennent du sang, des caillots occupent les sillons, qu'ils dessinent en noir.

A la coupe les cavités ventriculaires ne contiennent pas de sang. Il y a un petit piqueté hémorragique au niveau de l'écorce, qui prédomine à la partie postérieure des lobes occipitaux de chaque côté de la ligne médiane.

C'est en somme un de ces cas, où le liquide céphalo-rachidien est sanguinolent et en hypertension considérable, sans qu'il y ait trace de fracture de la base du crâne. Il me paraît difficile de ne pas croire à une relation entre cet épanchement sanguin sous-arachnoïdien et les symptômes présentés par le malade, et cette observation est un document qui, joint à d'autres, pourra permettre des conclusions intéressantes.

M. Rochard. — Je suis tellement convaincu de l'efficacité des ponctions lombaires, que dans toutes les fractures de la base du

crâne présentant de la gravité, je fais pratiquer immédiatement une ponction lombaire suivie de plusieurs autres s'il y a lieu. Sans me donner les excellents résultats enregistrés par M. Quénu, je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique.

Je répondrai à M. Potherat que la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien n'est point un signe certain d'une fracture du crâne, on peut en rencontrer dans la contusion cérébrale.

Quant à la valeur thérapeutique de cette ponction, il me semble que les observations apportées par M. Potherat, M. Terrier et M. Guinard, prouvent qu'elle a toujours eu un effet heureux, quand ce ne serait que le soulagement apporté aux maux de tête dont souffre le malade.

M. Tuffier. — Je n'ai jamais pensé, ni je crois écrit, que la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien ne peut exister que dans les fractures du crâne. La présence de ce sang est l'indice d'une contusion cérébrale plus ou moins grave, et il me semble très rare que cette contusion soit grave en dehors des cas de fracture. Le sang épanché dans l'espace sous-dure-mérien ne vient pas du trait de fracture, mais de la pie-mère et du cerveau. J'ai vu, comme M. Rochard, des cas de liquide rouge céphalo-rachidien que je dois regarder comme dus à une contusion cérébrale en dehors de tout signe net de fracture et de tout examen des pièces.

Quant à la soustraction considérable de liquide hémorragique dont parle M. Guinard, je ne la crois pas sans danger. Lorsque le liquide céphalo-rachidien est sous pression considérable, le plancher du quatrième ventricule est distendu et éloigné du cervelet, et je me demande si la dépression brusque à ce niveau ne peut pas être la cause de syncopes, qu'il s'agisse de simple trouble vasculaire ou de compression entre le bulbe et le cervelet.

M. Rochard. — Je répondrai à M. Tuffier que c'est moi qui, le premier, ai apporté à cette tribune en 1901, la première observation de traumatisme cranien sans fractures, avec présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien, et qu'à ce moment il me semblait (1) à moi et à plusieurs d'entre nous, qu'il avait fait de la présence de ce sang un signe certain de fracture du crâne.

(1) Communication de M. Tuffier, du 17 juillet 1901, intitulée : « la ponction lombaire dans les fractures du crâne, sa valeur diagnostique et pronostique ».

M. Terrier. — Qu'a voulu prouver M. Guinard?

La ponction lombaire a-t-elle été faite pour la fracture ou pour des accidents de délirium tremens?

M. Guinard. — Je n'ai la prétention de rien prouver : j'ai simplement versé au débat une observation qui me paraît très intéressante : des accidents de délire violent ont cédé deux jours de suite à une ponction lombaire sanguinolente. L'autopsie seule a pu nous dire s'il y avait fracture du crâne ou simple commotion. Je n'ai parlé du délirium tremens que pour donner une idée de la violence du délire chez mon malade.

M. Terrier. — Votre observation est intéressante mais complexe, parce que cette soustraction importante de liquide céphalo-rachidien n'est peut-être pas sans présenter une action spéciale nocive sur les centres nerveux.

M. Potherat. — M. Tuffier vient d'émettre cette opinion que la soustraction d'une importante quantité de liquide céphalo-rachidien peut avoir une influence fâcheuse, en permettant au cervelet de venir appuyer sur le plancher du 4e ventricule.

Ce n'est pas là une pure vue de l'esprit; je puis apporter un fait qui lui donne une confirmation matérielle. Lorsque je précédais momentanément à la Salpêtrière mon excellent maître, M. le professeur Segond, je fus appelé par M. le professeur Raymond à opérer un jeune malade, chez lequel il avait diagnostiqué une tumeur du cervelet, et dont les accidents étaient rapportés pas le professeur Raymond à une surabondance de liquide céphalo-rachidien. Il s'agissait de faire une ponction évacuatrice au niveau du ventricule latéral. Je fis suivant les règles établies en pareille matière, après trépanation, cette ponction, et je retirai 30 grammes de liquide absolument limpide.

Les suites de cette intervention simple furent des plus fâcheuses, la température s'éleva rapidement à 40 et 41 degrés, et vingt-quatre heures environ après l'opération, la malade succombait. L'autopsie montra qu'il n'y avait eu aucune infection opératoire, aucun indice d'inflammation n'existait. Le liquide céphalo-rachidien n'était pas aussi surabondant qu'on avait été autorisé à le croire, et M. Raymond interpréta le fait de la manière suivante : la tumeur, d'ailleurs petite, était suspendue au plafond du 4e ventricule; le liquide céphalo-rachidien la séparait du plancher. La soustraction de 30 grammes avait suffi à amener le contact de la tumeur avec le plancher du 4e ventricule. Cette compression avait provoqué l'hyperthermie et la mort. Ce fait, avec les commen-

taires, a été rapporté par M. le professeur Raymond dans une de ses leçons.

M. Broca. — Je ne crois pas qu'il faille admettre l'explication de M. Raymond que vient de nous transmettre M. Potherat. A l'époque où je ponctionnais ou drainais des hydrocéphales, exercice auquel d'ailleurs j'ai renoncé, j'ai observé (après d'autres auteurs) que certaines évacuations trop brusques ou trop abondantes étaient suivies de mort en quelques heures, avec une hyperthermie extraordinairement haute et rapide, sans que l'infection soit en cause. Et comme cela se produit, quelle que soit l'origine si variable de l'hydrocéphalie ventriculaire, je ne crois pas que l'on puisse se rallier à l'idée que l'appui d'un néoplasme doive être invoqué sur le plancher du 4e ventricule, puisque le fait a lieu dans des cas où il n'y a pas de tumeur.

Communications.

De l'anastomose iléo-rectale pour éviter l'anus iliaque, dans les cas de cancer inopérable de la partie supérieure du rectum et de la terminaison de l'anse oméga. Deux observations suivies de guérison,

par M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans).

C'est à dessein que je limite la question aux cancers haut situés du rectum et de la terminaison de l'anse oméga, car il n'y a plus guère que pour ces tumeurs, quand elles ne sont plus opérables, que l'anus iliaque peut encore être proposé. Dans tous les autres cas de tumeurs inopérables du gros intestin, siégeant sur les côlons ascendant, transverse descendant et portion supérieure de l'anse oméga, l'iléo-sigmoïdostomie s'impose, et c'est à cette opération que j'ai toujours recours dans les cas précités. J'ai obtenu ainsi des succès si remarquables, des survies si longues, que je me suis bientôt efforcé d'étendre les indications aux cancers haut situés du rectum ou de la terminaison de l'anse oméga.

Pour pratiquer cette anastomose iléo-rectale, deux conditions anatomiques s'imposent; il faut que la tumeur ne soit pas par trop volumineuse, afin de permettre l'accès de la portion saine du rectum dans le cul-de-sac recto-vésical chez l'homme et recto-utérin chez la femme; et aussi il faut que la tumeur ne descende

pas trop bas sur le rectum, afin que l'on puisse trouver un espace suffisant d'intestin sain pour faire la suture.

Chez les deux malades dont je rapporte l'observation, la tumeur pouvait être atteinte avec l'extrémité de l'index en pratiquant le toucher rectal forcé. A l'ouverture de l'abdomen, la tumeur semblait occuper le bassin et tout le cul-de-sac, mais en la soulevant et l'attirant en haut, on trouvait au-dessous d'elle l'intestin sain, et dans une étendue suffisante pour permettre un bon accolement de l'anse iléale.

Il s'en faut malheureusement que ces conditions anatomiques se rencontrent fréquemment. La plupart du temps, quand la tumeur ne peut pas être enlevée, elle descend plus bas que le cul-de-sac péritonéal; on ne peut trouver la place de l'anastomose, de telle sorte que, pour beaucoup de cas, la ressource ultime sera encore l'anus iliaque. L'iléo-rectostomie ne sera donc qu'une opération d'exception, opération que l'on devra toujours chercher à pratiquer de préférence à l'anus iliaque, quand on pourra l'exécuter dans de bonnes conditions.

Observation (1). — *Cancer infiltré de la terminaison de l'anse oméga et de la partie supérieure du rectum. Anastomose iléo-rectale. Guérison.*

Le nommé D... (Henri), âgé de cinquante-neuf ans, horloger, nous est adressé par le Dr Fontaine (de Sillé-le-Guillaume), pour des accidents d'occlusion intestinale.

Ce malade s'est très bien porté jusqu'à il y a un an. A cette époque, il perd l'appétit, éprouve du dégoût pour la viande. Ses digestions se font mal, il a constamment de la diarrhée (4 à 5 selles en moyenne par jour). Au bout de quelques mois, les selles deviennent douloureuses, il a du ténesme, souffre de faux besoins qui se terminent par le rejet de matières filantes peu abondantes. Bientôt la constipation s'établit et alterne avec des périodes de diarrhée. Jamais dans les selles on n'a trouvé de sang. Il éprouve des coliques qui sont surtout violentes pendant les périodes de constipation. Depuis deux mois, les digestions sont devenues très pénibles et s'accompagnent quelquefois de vomissements une heure après les repas. Les coliques surviennent par crises plus ou moins violentes. Deux fois, il a eu de véritables crises d'occlusion : la première, il y a six semaines, et la deuxième, quinze jours après. Depuis dix jours, il ne prend plus que des liquides.

État avant l'opération. — Le malade, légèrement obèse, a maigri depuis quelque temps. Il a perdu 22 kilogrammes et demi depuis huit mois. Son teint est blafard, il a l'aspect d'un cancéreux. Il n'a rien au cœur, rien aux poumons; ses urines contiennent des traces d'albumine et il ne rend que 12 grammes d'urée en vingt-quatre heures. Il souffre de coliques dans la fosse iliaque droite; son ventre, devenu

(1) N° 1794 de la Statistique générale.

flasque, permet de sentir une tumeur au-dessus du pubis. Cette tumeur peut se déplacer latéralement; en pratiquant le toucher rectal forcé, on atteint, avec l'extrémité du doigt, l'extrémité de cette tumeur.

Opération le 23 *mars* 1903. — Sont présents : les Drs Ogier (de Lille), Fontaine et Lemarchand (de Sillé-le-Guillaume), Bolognési, Langevin et Meyer (du Mans).

Je pratique une incision médiane sous-ombilicale. L'anse oméga et le côlon transverse sont tombés dans le petit bassin. La tumeur, très volumineuse, remplit presque toute l'excavation pelvienne. En l'attirant en haut, dans la fosse iliaque droite, on peut exposer une portion saine du rectum dans une longueur de 3 centimètres environ. La tumeur occupe la terminaison de l'S iliaque et, de ce côté, elle ne se termine pas brusquement, mais infiltre les parois intestinales et le mésentère jusqu'au côlon descendant. Le cæcum lui-même, étant descendu vers l'excavation, il est très facile de juxtaposer la terminaison de l'iléon à la portion restée saine du rectum.

Le malade étant placé dans la position de Trendelenbourg, et l'intestin soigneusement refoulé en haut, je me mets en demeure de pratiquer l'entéro-anastomose dans le fond du bassin. Ce temps de l'opération est assez difficile en raison du volume de la tumeur qui gêne l'accès du rectum. Pour faire mon premier plan séro-séreux, je suis obligé de suturer avec une aiguille courbe au bout d'une pince porte-aiguille. Les deux anses intestinales bien accolées, j'ouvre le rectum et l'anse grêle, et pratique le deuxième plan de suture comprenant cette fois toutes les tuniques intestinales, y compris la muqueuse. Je termine cette suture tout autour de la bouche, et enfin, reprenant mon surjet séro-séreux, j'enfouis solidement ma suture totale.

J'ai donc employé, pour faire mon anastomose iléo-rectale, exactement la même méthode que pour les gastro-entérostomies ou autres anastomoses du tube digestif. Le ventre est refermé; l'opération a duré quarante minutes.

Suites opératoires. — Rien à signaler. Le malade commence à aller à la selle le lendemain de l'opération. Il ne souffre plus de coliques. Au bout de quelques jours, il commence l'alimentation solide. Les digestions se font bien et les selles se régularisent très vite. Le huitième jour, les fils sont enlevés et la plaie est guérie. Les selles, d'abord liquides et fréquentes (3 à 4 par 24 heures), n'ont jamais présenté de lientérie. Les aliments ont toujours été digérés. Au bout de dix-huit jours, le malade n'avait plus que deux, au plus trois selles par vingt-quatre heures, et les selles prenaient une consistance lorsqu'il quitta la clinique, le vingtième jour. De retour chez lui, le Dr Fontaine a bien voulu le suivre, et il m'a ainsi appris que le malade avait repris son métier d'horloger, qu'il mangeait indifféremment de tous les aliments, ne souffrait plus de coliques et avait environ deux selles pâteuses par jour. Quelquefois, cependant, à la suite d'un écart de régime, il avait un peu de diarrhée sans coliques, dont il se débarrassait en avalant quelques gouttes de laudanum.

Cet état satisfaisant dura plus d'une année. En juin 1904, plus de

quatorze mois après l'opération, le malade commença à maigrir, à moins bien manger; il ne souffrait toujours pas et il ne se préoccupait pas de cet état. Cependant, il avait quelquefois des coliques pour lesquelles il prenait quelques gouttes de laudanum, et tout disparaissait. Le 15 août, il fait une petite crise d'occlusion, ne peut aller à la selle. Le Dr Fontaine essaie un purgatif qui ne passe pas. Le lendemain, le ventre se ballonne. On parle d'une autre opération, mais avant que le malade soit décidé, il meurt, le 20 août, c'est-à-dire dix-sept mois après son opération.

Observation (1). — *Cancer de la partie supérieure du rectum et de la portion terminale de l'S iliaque. Anus iliaque temporaire. Anastomose iliorectale et fermeture de l'anus iliaque. Guérison.*

Le nommé B... (Julien), âgé de soixante et un ans, m'est adressé, le 21 février 1904, par le Dr Polonski, pour une occlusion intestinale que l'on sentait avec l'extrémité du doigt par le toucher rectal. A cette époque le malade, encore vigoureux, paraissait pouvoir être débarrassé de sa tumeur, et je lui avais conseillé l'intervention. De retour chez lui, à cette époque, il s'était trouvé mieux; les coliques dont il souffrait s'étaient espacées, enfin, la crainte de l'opération l'avait empêché de venir se faire opérer. A deux reprises il présenta des accidents d'occlusion. Enfin, il y a quatre jours, il fut pris de douleurs vives, le ventre se ballonna et les vomissements s'établirent le troisième jour, pour devenir fécaloïdes le quatrième.

Etat avant l'opération. — Le malade est à la dernière extrémité. Ses mains sont froides, le facies grippé. Il vomit les matières fécales. Le ventre est sur-distendu. Enfin, au toucher rectal, à bout de doigt on sent la tumeur. Je pratique immédiatement sous anesthésie au chloroforme une laparotomie exploratrice. Je reconnais que la tumeur qui occupe l'extrémité supérieure du rectum et la terminaison de l'S iliaque s'est généralisée au mésentère du gros intestin. On trouve des noyaux cancéreux dans les méso-colôns ascendant et descendant. D'autre part, il y a au-dessous de la tumeur la place suffisante pour faire une anastomose iléo-rectale. L'état du malade ne permet pas de faire l'opération immédiatement. Je me contente de lui pratiquer un anus temporaire sur l'S iliaque dans la fosse iliaque gauche, remettant à plus tard l'anastomose iléo-rectale. Le malade se remet avec peine de cette première opération. Cependant, *le* 21 *mars* 1904, *un mois après*, je pratique, en présence des Drs Polonski et Meyer, l'anastomose iléo-rectale.

Le malade est placé dans la position déclive. Les anses intestinales sont refoulées vers le diaphragme, les noyaux cancéreux des méso-colôns existent toujours, mais la tumeur paraît avoir diminué de volume; elle présente cependant encore le volume du poing. En l'attirant en haut, on rend le rectum plus accessible dans le cul-de-sac recto-vésical. J'approche de cette portion accessible du rectum la

(1) No 5309 et 5356 de la Statistique générale.

terminaison de l'iléon, et je pratique mon anastomose latérale au moyen de deux plans de sutures concentriques, ainsi que je le fais d'habitude dans toutes mes anastomoses. Je referme l'abdomen, puis, avivant les bords de l'anus iliaque, je ferme cet anus. L'opération a duré quarante minutes.

Suites opératoires. — Les selles se sont établies immédiatement par l'anus normal; d'abord liquides, elles sont devenues plus épaisses au bout de quelques jours. Quinze jours après l'opération le malade rentrait chez lui.

Le 27 juin 1904, il vient me voir à ma consultation. Il se porte bien, mange volontiers, et n'importe quel aliment; mais malgré cela il maigrit et s'affaiblit. Les selles sont devenues régulières. Il en a deux, quelquefois trois par jour; les matières sont pâteuses. En l'examinant, je trouve des ganglions dans les fosses iliaques, dans les deux plis de l'aine. Au toucher rectal, le doigt pénètre directement dans l'intestin, mais en arrière on sent qu'on a, comme accolé au tube intestinal, une grosse masse qui n'est autre que la tumeur cancéreuse. Au-dessous de cette masse, existe une vaste ampoule rectale, où les matières séjournent.

De retour chez lui, le malade continue à s'affaiblir; il se cachectise peu à peu. Enfin, il s'éteint tout doucement le 10 août, un peu moins de cinq mois après l'opération.

Ces deux observations démontrent d'abord la possibilité dans certains cas de pratiquer une anastomose iléo-rectale.

Chez le premier malade, qui avait eu des accidents d'occlusion, l'opération fut faite d'emblée et de propos délibéré. Chez le deuxième en pleine occlusion un anus iliaque temporaire fut d'abord établi, et l'anastomose ne fut faite qu'ultérieurement, pour supprimer l'anus iliaque.

Chez les deux malades, l'opération fut couronnée de succès, malgré la difficulté réelle de l'exécution de l'anastomose par les sutures. Mais malgré cette difficulté, je n'hésite pas à donner la préférence aux sutures, qui seront toujours plus sûres que les boutons anastomotiques.

Le résultat immédiat de l'opération dans les deux cas a été satisfaisant, les accidents d'occlusion ont disparu, les selles ont été faciles et jamais les malades n'ont souffert de diarrhée. Ils ont repris de la force et de la santé l'un et l'autre et à aucun moment ils n'ont paru se douter de la gravité de leur état.

La survie n'a pas été très longue; de dix-sept mois pour l'un, de cinq mois pour l'autre. Le premier est mort d'accidents d'occlusion comme si le néoplasme avait gagné l'anastomose; le second est mort de cachexie cancéreuse, son cancer s'étant généralisé même avant l'opération.

Les accidents d'occlusion observés chez mon premier malade

dix-sept mois après l'opération doivent attirer l'attention. Tout porte à croire que le néoplasme en se développant a envahi la bouche anastomotique située sur ses limites. Cet accident sera donc toujours à redouter et il constitue, à mon avis, le seul argument valable en faveur de l'anus iliaque. Il est vrai que la ressource de créer un anus iliaque dès l'apparition des accidents d'*occlusion secondaire* existe toujours, et que l'anastomose aura pendant un temps plus ou moins long évité au malade les inconvénients de l'anus iliaque.

Comme conclusion, je dirai donc que l'anastomose iléo-rectale pour cancers inopérables de la partie supérieure du rectum ou de la terminaison de l'S iliaque, devra toujours être préférée à l'anu iliaque quand la situation de la tumeur le permettra, et cette anastomose, bien que difficile à exécuter, devra être faite au moyen de sutures. Il faudra éloigner l'anastomose de la tumeur autant que possible pour éviter l'envahissement secondaire de l'anastomose.

A propos de la recto-enterostomie.

M. QUÉNU. — Nous devons savoir gré à M. Savariaud et à son rapporteur notre collègue Demoulin des efforts qu'ils ont faits, pour améliorer le traitement palliatif que nous pouvons opposer au cancer de l'intestin. Ils nous disent que dans quelques cas de cancer inopérable de l'intestin, l'entéro-rectostomie peut ou doit être préférée à l'anus artificiel, et M. Savariaud ajoute : « les résultats éloignés sont supérieurs à ceux de l'anus artificiel, la survie est plus considérable et la situation du malade est infiniment préférable à celle qu'il occupe après la création d'un anus contre nature ».

Telles sont les conclusions qui me semblent se dégager du rapport présenté et que je vais discuter. Je fait d'abord observer que, au point de vue de la thérapeutique palliative comme au point de vue de la thérapeutique radicale, le choix des moyens est dominé par la topographie du néoplasme. Que le néoplasme occupe le cæcum, l'angle splénique ou le côlon iliaque, il est bien évident que pour nous tous l'anus contre nature n'est qu'un pis aller d'urgence qui répond à cette indication primordiale : faire en cas d'occlusion aiguë avec ballonnement considérable l'opération minima qui suffise à écouler au dehors gaz et matières retenues.

En dehors d'une crise d'occlusion aiguë et complète, nous sommes encore d'accord je pense; l'opération de choix est l'anastomose intestinale qui mettra en communication un segment situé en amont de l'obstacle avec un segment situé en aval. Cette indication nette est remplie dans toutes les localisations, que j'ai envisagées plus haut par l'anastomose iléo-sigmoïde. C'est pour moi l'opération par excellence, facile à établir, nécessitant le minimum de recherches et accolant deux parties qui, sans traction aucune, sont juxtaposées naturellement. J'ai des années suivi des opérés de cette sorte sans observer chez eux de diarrhée persistante. La seule condition nécessaire et suffisante, c'est qu'entre l'extrémité inférieure du néoplasme et du Douglas, il reste un segment d'anse sigmoïde sain suffisamment long pour que l'anastomose soit commode à établir. Sinon, c'est-à-dire avec un cancer sigmoïde terminal, ou rectal supérieur, ou recto-sigmoïde, nous n'avons plus pour ressource que l'anus iliaque, à moins que l'opération prônée par M. Savariaud ne fasse ses preuves, et c'est ce que je vais me permettre de discuter.

L'opération qui consiste à anastomoser de l'intestin avec l'ampoule rectale, car c'est la seule opération qui mérite le nom d'entéro-rectostomie, aurait été faite huit fois.

M. Demoulin réduit avec raison ces huit observations à six qui ont donné deux morts et quatre guérisons. Je regrette, car la chose en valait la peine, que M. Demoulin ne nous ait pas donné un résumé de chacune des six observations. Je suis donc bien obligé de me contenter de l'observation de M. Savariaud. Or, que vois-je dans cette observation? c'est que moins d'un an après l'opération palliative, les coliques et les douleurs étaient revenues et que, au bout d'un an, la situation du malade était misérable, ce sont les propres expressions de l'auteur, à tel point qu'on fut obligé pour une obstruction aiguë d'ajouter un anus contre nature à la recto-entérostomie.

Le malade a bien vécu dix-huit mois, mais il n'a vécu que moins d'un an avec une fonction instestinale satisfaisante. Je ne vois donc pas très bien, contrairement à M. Demoulin, que l'opération ait été couronnée de succès.

Je ne demande pas mieux que d'admettre qu'avec une technique un peu différente, le rétrécissement sera évité et qu'on arrivera de la sorte à espérer soulager et prolonger ces malades sans leur infliger l'anus iliaque, mais encore est-ce à vous de le démontrer.

Comme je l'ai dit plus haut, les seuls justiciables de cette opération seraient les cancers du rectum supérieurs ou sus-ampullaires et les cancers termino-sigmoïdes ou encore les cancers à cheval

sur ces deux segments Supposons cette localisation. Tous les cas, même avec une opération devenue techniquement parfaite, pourraient-ils bénéficier de l'entéro-rectostomie? J'en doute.

Quel est le but du traitement palliatif en pareils cas ? Sans doute de rétablir la fonction compromise, est-ce le seul ? mais aucunement. Nous avons encore pour dessein d'exclure la surface ulcérée du parcours intestinal, de la soustraire complètement à l'influence algésique, irritante, infectante et hémorragipare des matières, matières si septiques en cas de cancer rectal que le beau-frère de M. Metchnikoff qui, sur ma demande, en avait entrepris l'étude, fut obligé d'y renoncer, tant la faune était innombrable.

Un anus iliaque bien fait répond admirablement à l'indication ; votre procédé donne-t-il une dérivation fécale aussi complète? Je ne pense pas. Forcément la bouche est à une très petite distance de la surface ulcérée, les matières et l'ichor se mélangent aux confins de l'anastomose, y séjournent, et la desinfection partielle de la surface malade devient impossible.

Il est cependant quelques cas auxquels pourrait s'appliquer la recto-entérostomie, ce sont ceux dans lesquels le cancer est petit, dur, à ulcération minime, ce sont les squirrhes sténosants de l'intestin dont la première manifestation est parfois une attaque d'occlusion aiguë; pour ceux-là, toutes mes objections tombent.

Or, ces caractères se retrouvent justement dans l'observation de M. Savariaud : un malade ne présentant des troubles marqués que depuis deux mois, est tout à coup pris d'accidents d'occlusion. Plus tard, l'occlusion conjurée par un anus cæcal, on l'opère et on trouve un néoplasme petit, avec méso rétracté.

En résumé, j'accepterais l'opération anastomotique en cas de cancer à suintement modéré, à hémorragies nulles ou minimes sans accidents septiques, à forme sténosante.

Ces caractères, je l'accorde, se retrouvent assez souvent dans les localisations sus-ampullaires du cancer rectal.

Les partisans de l'entéro-rectostomie ont encore à me démontrer :

1° Que la gravité de l'opération n'est pas considérable ;

2° Que la bouche fonctionne bien et met à l'abri de nouveaux accidents d'obstruction partielle ou totale.

La démonstration de la première proposition n'est pas encore faite.

Deux morts sur six, soit un tiers de mortalité, c'est une forte proportion, réellement, alors que l'autre opération, la rivale, l'anus iliaque, a un déchet pour ainsi dire nul. Quand il s'agit d'opérations curables, toute tentative, si audacieuse qu'elle puisse paraître, est légitime si elle augmente les chances du radicalisme

thérapeutique. Le même raisonnement n'est peut-être pas applicable à une opération palliative, ou tout au moins aurions-nous alors la mission assez délicate de faire pressentir à l'intéressé que l'opération de soulagement n'est pas exempte de dangers. Mais on me répondra : c'est à l'avenir de nous renseigner mieux sur la gravité réelle de la nouvelle opération. J'ajouterai que c'est à l'avenir aussi d'en démontrer la supériorité au point de vue de la survie. Comment au point de vue des suites éloignées mettre en parallèle quatre cas, avec les milliers d'opérés par anus iliaque?

L'étendue du champ d'observation, pour ceux-ci, nous démontra que les observations sont bien différentes les unes des autres. Ici encore s'applique le proverbe anglais que la statistique est mensongère, j'entends la statistique en bloc; si on fait des catégories, si l'on compare les cas comparables, alors c'est tout différent, et les chiffres reprennent leur valeur.

Les cancers petits, sténosants, infectent moins les ganglions, gagnent peu ou lentement les organes voisins, ulcèrent peu la muqueuse; alors du coup avec cette forme disparaissent ou s'éloignent toutes ces horribles complications septiques qui abrègent si souvent la scène pathologique.

Comment comparer les formes hémorragiques, les formes d'envahissement total, les localisations à la paroi antérieure du rectum contiguës à la prostate qui se compliquent de tous les accidents urinaires possibles, avec certaines plaques superficielles, végétantes ou avec les localisations à la paroi postérieure du rectum?

La survie, à la suite d'une opération palliative, dépend de tout cela et dépend surtout de la période à laquelle nous opérons, plus que du procédé palliatif employé.

Que dire encore du système des moyennes? J'ai fait un anus iliaque en juillet dernier à un malheureux atteint d'une caverne recto-prostatique que ne soulageaient plus les piqûres de morphine, et qui hurlait de douleur à chaque miction; il a succombé à l'infection de son rein au bout de vingt-cinq jours, pendant lesquels il a eu un énorme soulagement.

Vais-je additionner ces vingt-cinq jours avec les trois ans qu'a vécu un cancer inopérable en 1898, et qui vint à l'Exposition de 1900, tellement bien portant, que son entourage doutait de mon diagnostic?

Cela n'apprendrait rien à personne sur la survie après la colostomie. La moyenne n'est acceptable encore que si on additionne des chiffres se rapportant à des formes analogues opérées à une même période de la maladie.

Toutes ces critiques ne m'empêchent pas de reconnaitre ce qu'il y a d'intéressant dans la tentative thérapeutique qu'a faite

Savariaud après Guinard, Lardennois, etc. ; je me borne à mettre ses partisans en garde contre toute idée de généralisation et toute velléité de conclusion hâtive.

M. Tuffier. — Tout ce que vient de vous dire M. Quénu me permettra d'abréger notablement ma communication. Je partage en effet toutes les opinions qu'il vient d'émettre devant vous et je me bornerai par conséquent aux quelques observations suivantes :

Le mémoire de M. Savariaud tend en somme à établir un parallèle *entre la colostomie iliaque et l'anastomose dite entéro-rectostomie*, dans le traitement de certains cancers inopérables du rectum. Ce mémoire comprend deux observations; la première est une anastomose colo-colique qui n'a rien à voir dans la question et qui a été suivie d'un rétrécissement de la bouche anastomotique dû peut-être à son exiguïté première. Nous savons tous que dans ces anastomoses sur le côlon il faut faire de larges voies de communication. La *seconde observation* est seule un fait de cancer du rectum auquel on a remédié par une *côlo-rectostomie* ou sigmoïdo rectostomie, expression que je crois préférable à celle d'entéro-rectostomie, qui n'indique pas quelle partie de l'intestin a été anastomosée. Puis analysant huit observations semblables, M. Demoulin conclut que l'*anastomose est préférable à l'anus contre nature*. Sur cette question, voici ce que mon expérience m'a démontré. Dans les cas de tumeur du rectum compliquée de distension considérable des anses intestinales ou d'occlusion aiguë, je pratique d'abord un anus contre nature qui me paraît infiniment moins dangereux que l'établissement d'une anastomose. Dans les cas d'occlusion chronique, dans les cancers du gros intestin inopérables, je fais l'anastomose colo-colique. Pour les *cancers du rectum* la question de cette anastomose est discutable à cause des difficultés d'exécution, aussi je me rallie pleinement aux indications qu'en a posées Quénu.

La technique opératoire discutée dans le rapport de Demoulin conduit à cette conclusion que le *bouton de Murphy* est supérieur à la suture, et cette conclusion est justifiée puisqu'il cite deux cas de guérison à la suite de l'application du bouton de Murphy alors que 4 cas de suture furent suivis de mort. Je crois cette conclusion peut-être justifiée, mais le nombre d'observations est insuffisant.

Pour mon compte, un malade chez lequel j'avais réuni les deux extrémités du côlon descendant par un bouton de Murphy, succomba par suite d'une coudure du bouton, je suis dont peu disposé à accepter cette technique. Un malade chez lequel j'avais fait l'anastomose colo-rectale *par suture* a succombé, mais il y a de

cela dix ans et nous n'avions pas à cette époque l'habitude de la chirurgie intestinale que nous avons maintenant; nos procédés étaient certainement plus défectueux et d'ailleurs dans ce cas le cancer descendait si bas que je suis convaincu, que suture ou bouton auraient donné le même résultat.

Je crois qu'une anastomose par *suture*, anastomose loin du cancer et non pas à 5 centimètres du néoplasme, comme dans les observations qui nous ont été présentées, anastomose *très large*, *incision franche* de l'intestin sans se servir du thermocautère, est le procédé que je choisirais. Resterait la dernière question soulevée par M. Savariaud : la survie serait plus longue après l'anastomose qu'après l'établissement d'un anus artificiel avec ou sans exclusion de la tumeur. Sur ce point, il me paraît impossible avec 6 cas, — et surtout 6 cas dissemblables comme siège et comme évolution du cancer, — de tirer une conclusion; je ne vois pas pourquoi une ulcération cancéreuse mise à l'abri du contact des matières intestinales par une bonne dérivation évoluerait plus rapidement que si on l'avait traitée par anastomose. Telles sont, Messieurs, les quelques observations que je voulais joindre à celles qui vous ont déjà été présentées.

M. Hartmann. — J'ai écouté avec grand intérêt le rapport de mon ami Demoulin qui, certainement, nous incitera à recourir, plus souvent que nous ne le faisons, aux anastomoses intestino-rectales. Je ne crois pas cependant que nous en ferons beaucoup et je pense que la *colostomie iliaque* continuera à trouver de chauds partisans.

Il y a à cela une raison capitale, la *bénignité extrême de l'opération*. Sur quarante-six colostomies iliaques je n'ai eu qu'une mort. Il s'agissait d'un vieillard qui, au seizième jour, fut pris d'accidents de démence sénile, et qui succomba un mois après l'opération à un ramollissement cérébral. Cette seule et unique mort n'avait rien à voir avec l'opération qui reste une des plus bénignes de la chirurgie.

Au contraire, l'iléo-rectostomie donne une mortalité de 25 p. 100, d'après Demoulin. Je sais bien que c'est là une mortalité actuelle, qu'il s'agit d'une opération nouvelle, que les résultats iront progressivement s'améliorant; ils n'atteindront cependant jamais ceux de la colostomie. C'est là la principale raison de la supériorité de la colostomie sur l'iléo-rectostomie.

M. Demoulin invoque, il est vrai, d'autres arguments en faveur de l'anastomose iléo-rectale : 1° *la plus longue survie*; 2° *la suppression de l'infirmité constituée par l'anus iliaque.*

Voyons ce que valent ces arguments : la survie moyenne serait

de dix mois après l'anus artificiel; de dix-huit mois après l'anastomose entéro-rectale. La statistique l'établit d'après Demoulin. En réalité, ces écarts tiennent non aux opérations pratiquées mais à la différence des cas opérés.

Il est certain que l'entéro-anastomose n'est appliquée qu'à de bons cas; chez un malade très débilité, cachectique, on se résoudra quelquefois à une colostomie palliative pour soulager les derniers jours d'un malheureux, on ne fera jamais une iléo-rectostomie. Il est tout naturel qu'on ait une survie plus longue quand on opère relativement précocement que lorsqu'on intervient sur un moribond. De là une première cause de différence dans la durée de la survie.

Il y en a une autre. Demoulin a pris comme moyenne de survie, après l'anus artificiel, la moyenne de survie notée par de Bovis, qui englobe dans une même statistique tous les anus artificiels, quel qu'en soit le siège. M. Demoulin aurait dû se borner à une statistique de colostomies iliaques gauches, tous les cas justiciables de l'anastomose entéro-rectale l'étant en même temps de l'anus iliaque gauche. Cela aurait permis de comparer des cas comparables et d'éliminer de la statistique les anus artificiels de la fosse iliaque droite qui donnent une survie moins longue que les colostomies iliaques. Celles-ci me semblent donner, d'après mes observations, une moyenne de dix-sept mois de survie.

J'arrive au second argument de M. Demoulin, la suppression de l'infirmité dégoûtante constituée par l'anus iliaque.

Certes, avec les grands anus artificiels tels qu'on les pratiquait autrefois, avec les éventrations, les prolapsus intestinaux, l'incontinence absolue, etc., qui en constituaient en quelque sorte l'accompagnement obligé, la colostomie iliaque constituait une infirmité dégoûtante et pénible. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Depuis des années, nous pratiquons la colostomie iliaque sans inciser les muscles de la paroi, en faisant une simple dissociation musculaire identique à celle qu'utilise Mac Burney dans son procédé opératoire d'appendicite; nous n'ouvrons l'intestin que sur une très petite étendue. Nos malades vont à la garde-robe le matin, en prenant au besoin un lavement dans le bout supérieur, et le reste de la journée ils ne perdent pour ainsi dire pas de matières; il leur suffit de porter un petit appareil très simple tel que celui d'Auguste Reverdin, auquel je n'ai apporté que quelques modifications insignifiantes; quelques-uns même se contentent d'une simple compresse. Si j'ajoute que ces malades se livrent à leurs occupations habituelles, vont en soirée, que l'un d'eux même, officier de cavalerie, opéré le 3 septembre 1904, n'a pas encore cessé de monter à cheval, on conviendra que l'infirmité

n'est pas aussi grande qu'on serait tenté de le supposer *a priori*. J'irai même plus loin, une colostomie iliaque convenablement pratiquée n'empêche pas un malade de se livrer à tous les exercices possibles. Je n'en veux pour preuve que l'histoire récente d'un de mes opérés qui vint dernièrement me retrouver effrayé, parce qu'il avait le jour même perdu un peu de sang par l'anus, ce qui ne lui était pas arrivé depuis sa colostomie. En l'interrogeant sur les causes possibles de congestion pelvienne qu'il pouvait présenter, j'apprends, à mon grand étonnement, je dois le dire, que la nuit précédente il avait eu trois rapports sexuels, chiffre que, me dit-il le plus naturellement du monde, il n'atteint qu'exceptionnellement. Qu'on n'exagère donc pas, comme on le fait quelquefois, l'importance de l'infirmité constituée par la colostomie iliaque. Exécutée comme elle doit l'être, la *colostomie iliaque n'est qu'une très petite infirmité.*

Il n'en est peut-être pas toujours de même des anastomoses entéro-rectales. Je n'y ai encore jamais eu recours, mais j'ai plusieurs fois pratiqué l'iléo-sigmoïdostomie, faisant une anastomose entre l'iléon et la jonction recto-sigmoïdienne, ce qui, en somme, se rapproche beaucoup de l'iléo-rectostomie et j'ai observé quelquefois des troubles dans la circulation intestinale, pénibles et même pouvant nécessiter une deuxième intervention.

Je me contenterai de vous en relater deux observations typiques.

Sur un malade âgé de cinquante-neuf ans et présentant des accidents d'obstruction incomplète avec douleurs vives, contractions péristaltiques de l'intestin, météorisme, tumeur du flanc gauche assez difficile à percevoir à cause du ballonnement, je pratiquais le 25 février 1905, une iléo-sigmoïdostomie, après avoir constaté l'existence sur le côlon descendant d'un cancer inextirpable à cause de l'extension de l'envahissement ganglionnaire.

Après une amélioration temporaire, le malade recommença au bout d'un mois à souffrir, à avoir un peu de fièvre et de météorisme; pensant à une possibilité de péritonite péricancéreuse, je fis faire l'examen du sang par le D[r] Bensaude; cet examen ne montra ni leucocytose, ni modification du réticulum fibrineux. Les accidents d'occlusion augmentant, s'accompagnant de vomissements, de tuméfaction cæcale évidente, je me décidai, le 12 avril, à faire un anus cæcal. L'opération me permit de constater que le météorisme était dû à une distension extrême du cæcum et du côlon, l'intestin grêle n'étant, au contraire, que peu distendu.

Les accidents cessèrent immédiatement et, depuis ce moment, le malade évacue le contenu de son intestin, tantôt par l'anus cæcal, tantôt par l'anus naturel. L'anastomose entéro- sigmoïdienne n'est donc pas oblitérée. Retourné dans son pays, le malade s'affaiblit progressivement mais continue encore actuellement à vivre sans souffrir du moindre symptôme d'occlusion.

Le 31 octobre dernier, j'ai de nouveau eu l'occasion de pratiquer sur un malade âgé de soixante-quatre ans une anastomose iléo-sigmoïdienne pour un cancer du côlon iliaque avec infiltration étendue du méso. Actuellement, bien qu'allant à la garde-robe, ce malade me semble avoir des troubles de la circulation intestinale, un peu de météorisme, si bien que je crains de voir se développer progressivement des accidents analogues à ceux du précédent opéré, dont je viens de vous relater l'histoire.

Dans ces deux cas, la valvule iléo-cæcale semble avoir joué un rôle au point de vue de la genèse des accidents en empêchant le reflux vers l'anastomose d'une partie du contenu intestinal qui a progressé jusque dans le côlon, puis s'est trouvé immobilisé entre la valvule et le cancer.

Il est probable que si j'avais coupé et oblitéré l'iléon immédiatement au-dessous de l'anastomose, j'aurais évité ces accidents. Aussi, contrairement à ce que je pensais autrefois, lorsque j'aurai dorénavant à faire une anastomose entéro-rectale, suis-je décidé à combiner l'exclusion unilatérale à l'opération principale.

Cette exclusion unilatérale est peut-être même indiquée dans des cas où l'on n'a pas à s'occuper de la gêne apportée au reflux des matières par la valvule iléo-cæcale.

Le 3 août 1904, chez un malade traité antérieurement par Roux, de Lausanne, qui avait successivement ouvert un foyer de péritonite enkystée suppurée de l'hypocondre gauche fait un anus sur le côlon transverse pour remédier à des accidents d'obstruction, puis fermé l'anus en même temps qu'il pratiquait une entéro-anastomose, j'ai, à la suite de la réapparition des accidents d'obstruction, pratiqué une colo-colostomie.

Le soulagement fut réel sans être complet; peu à peu les troubles de la circulation intestinale augmentèrent si bien que le 21 juin 1905, je me décidais à refaire un anus artificiel sur la région cæcale. Depuis cette époque, le malade évacue le contenu de l'intestin, tantôt par l'anus cæcal, tantôt par l'anus naturel. L'anastomose n'est donc pas oblitérée.

Ces quelques faits suffisent pour prouver que les résultats fonctionnels des anastomoses ne sont pas aussi constamment

bons que ceux de la colostomie iliaque et que, quelquefois, on a encore des ennuis. M. Savariaud en a, du reste, eu dans ses deux observations. Si j'ajoute que les iléo-rectostomies ne mettent pas l'ulcération cancéreuse aussi parfaitement à l'abri des contacts septiques que la colostomie, j'arrive à cette conclusion identique à celle formulée par notre collègue Quénu, à savoir que l'iléo-rectostomie ne devra être pratiquée que dans un nombre de cas extrêmement restreints et tout à fait favorables, les petits cancers limités étranglant comme une ficelle la jonction recto-sigmoïdienne.

Lecture.

Section verticale complète de la thyroïde gauche.

M. Toussaint, médecin-major de 1re classe à l'hôpital Bégin, lit une note intitulée : *Section verticale complète de la thyroïde gauche par coup de couteau, compliquée d'hémothorax. Suture. Guérison.* — M. Rieffel, rapporteur.

Présentations de malades.

Rétrécissement blennorragique de l'urètre périnéal.

MM. Iselin et Pasteau présentent un malade atteint de rétrécissement blennorragique de l'urètre périnéal, opéré depuis onze mois par résection de la paroi inférieure du canal suivie de l'établissement d'une fistule fermée par une autoplastie à doubles lambeaux superposés. — M. Legueu, rapporteur.

Sarcome du nerf sciatique à son émergence du bassin traité par l'extirpation. — Guérison avec conservation des fonctions du nerf.

M. Berger. — Un jeune homme de vingt-deux ans est atteint depuis 1884 de douleurs irradiées à la face postérieure du muscle

inférieur gauche et considérées comme des douleurs sciatiques. En 1894, à Alger, on constate l'existence d'une tumeur de la région fessière gauche et l'extirpation est conseillée par M. le Dr Sieur. Réformé pour cette cause, le malade vient à Paris trouver M. le Dr Léo, chef de clinique, adjoint à l'hôpital Necker qui le présente à M. Berger.

État actuel. — Le 21 février 1905 ; il n'y a point de douleurs spontanées, mais la pression, la flexion du membre provoquent aussitôt un éclair douloureux extrêmement intense sur toute la longueur du nerf sciatique gauche. Cette douleur fulgurante dure une ou deux minutes; elle diminue et finit par disparaître pour se reproduire au moindre contact. Depuis quelque temps il paraît y avoir un certain degré d'engourdissement du membre et une parésie légère des muscles innervés par la sciatique poplité externe (si mes souvenirs sont exacts); mais il n'y a pas de claudication.

Aucun autre signe fonctionnel; l'état général est parfait;

A la région de la fesse gauche, on constate une tumeur profonde, située sous le muscle grand fessier, environ au niveau de la grande échancrure sciatique. Cette tumeur allongée verticalement est fixe, peu mobile, très dure, et elle est excessivement sensible à la pression, ce qui rend l'exploration par la palpation très difficile. Ses limites exactes sont impossibles à préciser.

Il n'y a ni gêne de l'articulation coxo-fémorale, ni limitation de ses mouvements, ni aucune contracture. L'articulation sacroiliaque et le bassin sont indemnes.

Le diagnostic de tumeur, vraisemblablement de sarcome du nerf sciatique est porté et l'extirpation en est proposée et acceptée.

Opération le 23 février 1905 par M. Berger, assisté de M. Léo. Une longue incision, parallèle aux faisceaux du muscle grand fessier, permet de passer entre ceux-ci et de découvrir la tumeur. Celle-ci a le volume d'un œuf de poule; elle est développée dans la gaine du nerf sciatique, elle présente le volume d'un œuf de poule, mais elle est allongée dans le sens du tronc nerveux.

L'incision de la gaine fibreuse du nerf découvre le tissu même de la tumeur qui est grisâtre avec des grains jaunâtres et de consistance mollasse. Son extrémité inférieure est arrondie et ovalaire; sa surface est régulière et lisse. L'extrémité supérieure présente deux ou trois lobules distincts, allongés, minces, du volume d'une cerise ou d'une noix; ils pénètrent dans le bassin, englobés par la gaine fibreuse du nerf jusqu'à une profondeur de plusieurs centimètres au-dessus du contour de l'échancrure sciatique.

Le tissu pathologique est dégagé et séparé par éradication des faisceaux du nerf sciatique entre lesquels il se prolonge; un curettage très soigné et très sévère est pratiqué sur les parois de la cavité que laisse l'extirpation du néoplasme. Celle-ci est formée par le névilème dans lequel passent, dissociés et dispersés les faisceaux nerveux du sciatique. On les conserve et on essaye de ne pas les rompre tout en les râclant vigoureusement à la curette pour en détacher tous les résidus du tissu pathologique.

Les prolongements supérieurs de la tumeur sont poursuivis dans l'intérieur du bassin jusqu'à leurs limites extrêmes et soigneusement extirpés à la curette.

Drainage, réunion de la plaie superficielle, suture du muscle grand fessier au catgut.

Les suites opératoires furent un peu prolongées par l'élimination de ce fil; elles furent très simples : l'opéré ne souffrit que très peu de la plaie et pas du tout sur le trajet du nerf sciatique; pendant les premiers jours, il y eut un peu de chute du pied en varus et un certain degré d'engourdissement qui disparut rapidement. Le 25 mars l'opéré se levait et marchait sans avoir besoin de se servir d'une canne. Il marche actuellement longtemps et sans boiterie. On ne trouve pas trace de récidive de la tumeur huit mois appès l'opération, et les fonctions du membre sont intégralement conservées.

Voici le résultat de l'*examen histologique* de la tumeur pratiqué par M. le Dr Herrenschmidt, chef de laboratoire de la clinique chirurgicale de Necker.

Masse demi-molle sans forme, composée de portions de tissu gris-rougeâtre, quelques-unes reliées entre elles par des filaments conjonctifs.

Fixation par l'alcool et Lidsnay.

Coloration par l'hématox-éosine ou safranine indigo-carmin.

Examen : Les fragments examinés offrent une structure uniforme comprenant des cellules et des vaisseaux.

Les amas cellulaires se composent de cellules globuleuses ou fusiformes, relativement petites, et de quelques-unes plus grosses avec un noyau volumineux. Nulle part il n'y a de cellule multinucléée. Les parties fuso-cellulaires ont une architecture fasciculée.

Les vaisseaux font, en grande partie, partie intégrante de la tumeur. Quelques-uns, plus gros, sont seuls pourvus d'une paroi propre, différenciée.

Pas de myxome. Pas d'éléments nerveux.

Diagnostic : Sarcome globo et fuso-cellulaire de la gaine.

J'ai cru qu'il était bon de conserver le souvenir de cette extirpation d'un sarcome central du nerf sciatique, complètement

enlevé par le curettage avec conservation de la continuité des éléments nerveux de ce nerf, quoique la tumeur pénétrât dans le bassin par l'échancrure sciatique, et n'ayant huit mois après donné lieu à aucune récidive, malgré ce que ce procédé d'extirpation peut présenter d'incomplet et de précaire en apparence.

Résection du coude :
Résultat fonctionnel excellent datant de huit années.

M. Tuffier. — Messieurs, vous avez mis à l'ordre du jour la question du traitement conservateur dans la tuberculose articulaire. Voici un malade que je me permets de soumettre à votre appréciation. Il a été réséqué par moi, il y a huit ans, à la maison Dubois.

Il m'avait été adressé par mon ami Jalaguier; des trajets fistuleux multiples remontaient jusqu'au milieu du bras, et son état général était tel que l'amputation paraissait s'imposer. Je fis une résection large; ce malade a guéri complètement. La face musculaire comme vous pouvez vous en rendre compte est considérable et tous les mouvements, *je dis tous les mouvements*, sont conservés, si bien qu'il existe une minime différence entre le bras malade et le bras sain.

Présentations de pièces.

Tumeur osseuse du ligament large.

M. Routier. — La pièce que je vous présente est une sphère creuse dont les parois constituées par du tissu osseux ont en épaisseur une moyenne de 8 millimètres.

Le diamètre de la sphère est de 7 centimètres.

Sur cette sphère était adhérent un kyste sanguin gros comme une noix.

J'ai enlevé cette tumeur il y a huit jours à une femme de trente-trois ans qui n'a jamais eu d'enfants; à l'âge de vingt ans elle avait eu la fièvre typhoïde; très bien réglée jusque-là, elle eut depuis cette maladie des règles tous les quinze jours.

Comme elle n'en souffrait pas, elle ne s'en préoccupa nullement;

ce n'est que dans ces derniers temps, qu'elle a eu des douleurs dans le bas-ventre et est venue dans mon service à Necker.

On sentait très bien au toucher une tumeur dure, ronde, lisse, régulière, sur le côté gauche de l'utérus; celui-ci était repoussé à droite et gardait sa mobilité.

Bien entendu je n'ai pas fait un diagnostic exact, nous avions pensé à une grossesse extra-utérine possible à cause de l'unilatéralité des lésions.

Quand j'ai fait la laparotomie, j'ai vu un utérus normal avec des annexes normales; mais à gauche, en arrière de la trompe et de l'ovaire, dans le ligament large, se trouvait cette tumeur que j'ai pu énucléer sans pédicule.

J'ai refermé ce ligament large par un point de suture, et tout a été fini.

La malade va très bien.

M. Herrenschmidt, auquel j'ai confié la tumeur et qui l'a montrée à M. le professeur Cornil, n'a pas vu de cas semblable.

Voici le résultat de son examen histologique :

1° Il faut exclure les processus dégénératifs qui font secondairement d'un os plein un kyste à paroi osseuse (ostéomalacie, tuberculose osseuse, tumeur d'origine osseuse, dégénérée au centre);

2° La situation de ce kyste, à contenu citrin, près du ligament large, les kystes tubaires et ovariques éliminés, peut laisser admettre son origine dans :

a) Un de ces petits kystes colloïdes à pigments au niveau du ligament large,

b) L'époophore,

c) Le paroophore,

avec transformation osseuse secondaire de la capsule;

3° Le ligament large et le tissu conjonctif sous-péritonéal du bassin sont quelquefois le siège de dermoïdes; mais ces formations osseuses sont irrégulières et en général solides; je n'ai pas trouvé d'exemple de dermoïde osseux kystique.

Les hypothèses formulées au paragraphe 2 paraissent les plus vraisemblables.

Double adénome prostatique.

M. Bazy présente un double adénome prostatique composé de deux lobes principaux, chacun occupant un des deux lobes prostatiques. Ces deux lobes sont reliés entre eux par un tractus fibreux traversant la ligne médiane.

Cet adénome pèse 30 grammes. C'est le plus petit adénome prostatique que j'aie enlevé.

Je l'ai enlevé par voie périnéale, après ouverture médiane de l'urètre ; mais l'urètre n'est pas autrement intéressé.

Je présente cette pièce pour montrer que l'on peut enlever par voie périnéale, non une prostate en entier, ce qui est démontré depuis longtemps, mais qu'on peut enlever des tumeurs prostatiques en entier sans que l'urètre soit autrement intéressé que par l'incision médiane de la prostate conduisant dans la vessie.

Cette opération ne préjuge en rien des résultats thérapeutiques de cette opération. Il n'y avait d'autre indication opératoire qu'une rétention complète datant de huit mois, et ne paraissant pas s'améliorer.

Cette indication n'était pas suffisante, je dois le dire, pour me permettre de conseiller cette opération, parce que la prostate n'était pas très grosse, et que, d'autre part, j'avais été appelé à voir ce malade alors qu'il était dans cet état bien connu de rétention incomplète avec distension qui l'avait amené peu à peu à un état de cachexie assez avancée.

Mais le malade désirant qu'on tentât de rétablir les fonctions de la vessie, je crus devoir prendre l'avis de M. Guyon qui fut d'avis qu'on pouvait accorder cette satisfaction à ce malade âgé de soixante-deux ans et d'ailleurs bien portant.

Ostéosarcome du coude.

M. Rieffel. — J'ai l'honneur de vous présenter le modèle en cire d'une pièce que j'ai également apportée pour ceux d'entre vous qui désireraient la voir. Il s'agit d'un ostéosarcome du coude droit, que j'ai enlevé le 26 octobre dernier sur un homme de quarante-six ans, qui a quitté ce matin même la maison de santé, complètement guéri. Le membre supérieur pèse 8 kilogrammes.

Cette pièce est intéressante, non seulement par le volume énorme du néoplasme, mais aussi par plusieurs particularités anatomiques et cliniques.

Il siège au coude, a pris son point de départ dans la région juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus, ce qui est une localisation très exceptionnelle du sarcome osseux, puisque sur 184 cas de sarcomes des os longs, rassemblés par M. Schwartz à l'occasion de sa thèse d'agrégation (1880), il n'en cite aucun

ayant eu son point de départ à ce niveau. C'est un sarcome central globo-cellulaire et l'examen histologique a été pratiqué par mon ami Launois. Il a provoqué une fracture spontanée, a envahi le coude, mais d'une façon assez spéciale en déterminant une ankylose osseuse huméro-cubitale, tandis que les articulations radio-humérale et radio-cubitale, supérieure sont conservées. Le néoplasme s'était infiltré au loin dans les muscles de l'avant-bras et du bras et remontait très haut presque jusqu'à l'aisselle. Dans l'aisselle, il n'existait absolument aucun ganglion et je n'en ai pas trouvé au cours de mon intervention.

Au point de vue clinique, l'évolution a été assez spéciale : début brusque, soudain, en juillet 1881 à 10 heures du soir, par une douleur terrible dans l'extrémité inférieure de l'humérus ; les souffrances ont résisté à toute espèce de traitement et ne sont calmées qu'au bout de deux mois avec l'apparition d'une tuméfaction molle et fluctuante à la partie externe du coude. A l'hôpital de Vienne (Isère), on pensa à un abcès froid, qui fut incisé ; mais il ne s'écoula que du sang, et l'hémorragie assez grave ne put être arrêtée complètement qu'au bout de quelques jours. Néanmoins on porta le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse ; bien que l'articulation du coude eut conservé toute sa mobilité, elle fut maintenue pendant quatre mois dans un appareil silicaté. Mais les douleurs reparurent, toujours avec exaspération nocturne. La poche hématique suppura et il s'élimina plusieurs séquestres de petites dimensions.

Chose curieuse, les accidents ne subirent dans les années suivantes aucun aggravation ; au contraire, le malade, dont les antécédents héréditaires sont nuls, put même se marier en 1887 ; il eut deux enfants bien portants ; il ne conserva qu'une demi-ankylose du coude et une tuméfaction dure au-dessus de la jointure grosse comme une mandarine et douloureuse à la pression.

C'est seulement en 1899 qu'il fut repris de douleurs intenses toujours au même niveau ; mais, à partir de ce moment, le néoplasme a gagné progressivement et rapidement, obéissant à l'évolution classique, jusqu'à atteindre le volume actuel. Et cependant l'état général s'est conservé très satisfaisant ; le patient a peu maigri ; je n'ai trouvé aucun signe de généralisation pulmonaire ou autre.

Au point de vue opératoire, j'ai fait ce que j'ai pu : une désarticulation de l'épaule par le procédé de Larrey. C'est, je le redoute fort, une opération purement palliative, et j'ai dû énucléer des masses sarcomateuses occupant l'extrémité inférieure du deltoïde. Cette opération, je j'ai pratiquée à mon corps défendant. J'avais en effet proposé l'amputation interscapulo-thoracique. Mais le

malade n'a pas voulu que je lui enlève la palette; il s'était d'ailleurs, pendant deux ans, refusé à toute opération et n'avait cédé que sur les instances de sa famille.

Élection.

La Commission nommée pour examiner les titres de candidats à la place de membre titulaire est composée de :

MM. Bazy.
Monod.
Villemin.

Cette Commission est élue par 28 voix sur 34 votants.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. FÉLIZET qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Un travail de M. WAQUET (de Lorient), intitulé : *Épilepsie jacksonienne. — Trépanation. — Cysticerque de la zone rolandique droite.*

— Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. BROCA est nommé rapporteur.

4°. — Une observation de M. Imbert, membre correspondant.

Lecture.

Sur l'extirpation utéro-vaginale totale.
(*Colpohystérectomie abdomino-vaginale*) (1).

par MM. LÉON IMBERT et F. PIÉRI (de Marseille).

L'hystérectomie abdominale totale se limite d'ordinaire à l'extirpation de l'utérus et d'une collerette vaginale. Nous avons

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

pensé qu'il pouvait y avoir intérêt dans quelques cas, et notamment pour les cancers de l'utérus propagés au vagin, à faire une intervention plus large, s'étendant à la majeure partie ou à la totalité de ce dernier organe.

Pour exposer le manuel opératoire d'une intervention de ce genre, il importe de rappeler d'abord quelques détails anatomiques.

Les premiers temps de l'hystérectomie abdominale comportent la section des ligaments larges avec ligature de l'utérine et le décollement du péritoine vésico-utérin et recto-utérin. Si l'on veut pousser plus loin l'extirpation, on arrive sur le vagin qu'il faut maintenant libérer. La vessie s'en décolle aisément jusqu'à l'urètre ; on peut également, après section des ligaments utéro-sacrés, la séparer du rectum jusqu'au voisinage de l'anus. Cela fait, le vagin est libre sur ses deux faces antérieure et postérieure ; reste à le dégager sur ses parties latérales. Celles-ci sont maintenues : *a*) par des branches de l'hypogastrique ; rameau vaginal de l'utérine et artère vaginale ; ces deux artères, ainsi que leurs ramifications, sont entourées par des prolongements de la gaine hypogastrique ; — *b*) par l'aponévrose périnéale supérieure ; — *c*) par le releveur de l'anus, qui ne fournit aucune insertion sur le vagin et se borne à prendre contact avec lui. Ces deux derniers moyens de fixation ne constituent pas un obstacle chirurgical ; il n'en est pas de même du pédicule vasculaire que l'on ne saurait décoller et qu'il faut, de toute nécessité, sectionner aux ciseaux. Ce dégagement effectué, le conduit utéro-vaginal ne tient plus que par ses adhérences à l'urètre et à l'anus. On ne peut songer, à notre avis, à poursuivre plus loin le décollement par la voie abdominale, car il s'agit là moins d'adhérences que d'une véritable fusion ; mais dès ce moment, la presque totalité du vagin est libérée, et l'on n'est séparé de la vulve que par un espace de 2 à 3 centimètres au maximum. Il est possible, néanmoins, de compléter l'intervention en s'adressant à la voie vaginale et en pratiquant une dissection de la muqueuse par un procédé analogue à ceux des diverses colpopérinéorraphies.

Ces préliminaires anatomiques montrent la possibilité d'extirper le conduit utéro-vaginal dans son intégralité. On peut régler les différents temps de cette intervention de la façon suivante :

1° Temps vaginal : il n'est nécessaire que si l'on tient absolument à supprimer les deux centimètres inférieurs du vagin. Il comporte la dissection d'une collerette de muqueuse vaginale, à partir de l'orifice vulvaire, sur une étendue de 3 centimètres environ. Cela fait, une première suture en bourse ferme le manchon disséqué ; un deuxième plan accole les surfaces orientées et

oblitère la vulve, supprimant dès ce moment toute chance d'infection basse pour le temps abdominal.

2° Temps abdominal : laparotomie, section des ligaments larges, comme dans l'hystérectomie abdominale. Il nous paraît avantageux alors, sans que nous l'ayons cependant expérimenté, de faire la ligature des deux hypogastriques. On évite ainsi l'hémorragie que produira plus tard la section du pédicule vaginal ; or, cette hémorragie peut être embarrassante en raison de sa source profonde dans le bassin, et l'hémostase augmente notablement la durée de l'acte opératoire. Cette double ligature effectuée, on dissèque des lambeaux péritonéaux comme dans l'hystérectomie, et on les décolle très largement en avant et en arrière en s'aidant d'une compresse. Les deux pédicules vaginaux sont sectionnés, et, en complétant le décollement, on arrive, sans trop de difficultés, au point où s'était arrêtée la dissection vaginale ; on enlève alors en bloc l'utérus et le vagin à l'état de cavité close. La restauration du plancher pelvien se fait par le procédé ordinaire. Nous nous sommes assurés que, dans ces différentes manœuvres, l'uretère était ménagé aussi bien que dans une hystérectomie totale, sauf, bien entendu, son englobement dans la tumeur.

Ce procédé nous paraît susceptible de s'appliquer à certains cancers de l'utérus propagés au vagin, et même aux cancers primitifs du vagin ; il offre l'avantage de réaliser une extirpation très étendue qui diminuera peut-être les chances de récidive dans la cicatrice, lesquelles sont vraisemblablement les plus nombreuses. Nous l'avons expérimenté sur le cadavre, et réalisé sur le vivant dans un cas où, pour diverses raisons, nous avons supprimé le temps vaginal et la double ligature des hypogastriques ; la malade, atteinte de cancer du col avec large greffe vaginale, est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

A propos de la correspondance.

1°. — M. Guinard dépose sur le bureau de la Société un mémoire de M. Pluyette (de Marseille), intitulé : *Guérison spontanée d'un anévrisme artério-veineux*. Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Guinard est nommé rapporteur.

2°. — M. Michaux dépose sur le bureau un livre de M. Calot, intitulé : *Technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche.*

A propos du procès-verbal.

Discussion sur les anastomoses iléo-rectales (suite.)

M. Terrier. — J'ai eu occasion de pratiquer huit fois des anastomoses intestinales pour cancer inenlevable du gros intestin. Mon assistant M. Gosset a fait également trois de ces opérations dans mon service, ce qui fait un total de onze cas, dont le plus ancien date de novembre 1899. Sur ces onze cas, quatre appartiennent à ma clientèle privée.

Voici un résumé de ces onze observations :

Cas I. — *Néoplasme adhérent de l'angle droit du côlon transverse. Anastomose entre le cæcum et le côlon transverse. Survie de vingt-sept mois* (Terrier).

Le Dr O..., cinquante-cinq ans; crises douloureuses dans la fosse iliaque droite en juin 1899, avec constipation opiniâtre. En août et septembre, les douleurs reviennent par crises presque tous les quarts d'heure. Elles semblent naître dans la fosse iliaque droite et remonter suivant la direction du côlon. Après chaque crise douloureuse, sensation de gargouillement dans l'intestin.

Quelquefois le malade a remarqué, sous la paroi, des contractions intestinales.

Constipation de plus en plus opiniâtre, avec débâcles intestinales.

Le 10 novembre, crise d'occlusion avec vomissements bilieux et péritonisme. Le Dr O... vient alors à Paris, dans un état des plus graves. On porte le diagnostic de néoplasme du gros intestin, probablement de l'angle droit du côlon, avec occlusion chronique.

Opération le 8 novembre 1899 par M. Terrier. Aide, Gosset; chloroformisateur, Boureau.

Incision médiane sous-ombilicale. Pas d'ascite, pas de noyaux secondaires sur le péritoine. Un écarteur est mis sur la lèvre droite de l'incision et on va immédiatement au cæcum. Celui-ci paraît sain, mais sa musculature est notamment hypertrophiée, et sa séreuse est injectée. Il en est du reste de même pour l'appendice qui est gros et turgescent, et dont la musculeuse est très épaissie. En remontant le long du côlon ascendant, on sent bientôt que l'angle droit du côlon transverse, très profondément fixé sous le foie et difficilement abordable, est épaissi et induré. La tumeur de nature squirheuse, a le volume du poing et adhère aux tissus voisins. Toute tentative d'extirpation est impossible.

Aussi on se met en demeure d'établir une anastomose entre le cæcum et le côlon transverse. Le côlon tranverse a un méso très long et se laisse facilement amener au contact du cæcum. On établit l'anastomose au moyen d'une bouche admettant facilement deux doigts et en réunissant au moyen de deux surjets, un surjet total et un surjet péri-

phérique séro-séreux. L'opération se passe aussi simplement que possible, elle dure une heure un quart.

Suites opératoires des plus simples. Le malade quitte la maison de santé au bout de vingt jours.

Opéré en novembre 1899, il a succombé le 24 février 1902; la survie a donc été de deux ans et trois mois. Jusqu'en septembre 1901, il a joui d'une santé aussi bonne que possible, exerçant sa profession, faisant toute la journée des visites à la campagne et allant la plupart du temps à bicyclette.

En septembre 1901, c'est-à-dire près de deux ans après l'opération, les forces diminuent, le malade ne peut plus se lever que quelques heures chaque jour, et l'amaigrissement est notable, ainsi que l'indique une lettre qu'il m'envoya à cette époque.

En décembre la faiblesse augmente, l'amaigrissement fait de notables progrès et le malade succombe le 24 février 1902, soit vingt-sept mois après l'intervention.

CAS II. — *Cancer du cæcum et du côlon ascendant. Anastomose entre l'iléon et le côlon transverse. Survie de un an* (Terrier).

B... Hippolyte, âgé de cinquante-deux ans, serrurier, entre le 7 juin 1900, à l'hôpital de la Pitié, pavillon Michon.

Début, il y a huit mois. Le malade, jusqu'alors en pleine santé, ressent alors des douleurs dans la fosse iliaque droite avec irradiations vers l'ombilic. Pas de diarrhée, pas de constipation, mais seulement, au moment des crises douloureuses, sensation d'arrêt des gaz en un point toujours le même, correspondant à la région iliaque droite. Puis le malade a la sensation d'un obstacle franchi, la circulation intestinale semble rétablie et les douleurs cessent immédiatement.

Pas de déformation des matières, pas d'hémorragie intestinale. Léger amaigrissement (2 kilogr.).

A la palpation, on sent nettement dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume du poing, allongée verticalement, immobile. Pas d'ascite.

Urines : 1025 grammes par jour, D. 1022, sans sucre, ni albumine, ni pigments biliaires; urée 25 gr. 62.

Opération : pratiquée le 15 juin 1900 par M. Terrier; aides MM. Banzet et Gosset, chloroformisateur, M. Boureau. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'exploration révèle une masse néoplasique immobile occupant tout le cæcum et une partie du côlon ascendant. Anastomose latérale entre la terminaison de l'iléon et la partie moyenne du côlon transverse. Fermeture de la paroi à la soie fine, sans drainage. Durée : une heure cinq minutes.

Suites opératoires simples : le second jour le malade a rendu des gaz; le troisième jour, il a été à la selle après un lavement et le cinquième jour, selle spontanée. Sortie de l'hôpital le 8 juillet 1900.

En janvier 1901, le malade était en bonne santé. Il a succombé après une survie de douze mois, en juillet 1901.

CAS III. — *Néoplasme du côlon ascendant. Anastomose latérale entre la terminaison de l'iléon et l'anse sygmoïde. Survie de six mois.*

Bl... Julie, femme G..., âgée de cinquante-neuf ans, est opérée à la Pitié le 25 juin 1902, par M. Terrier, pour un néoplasme adhérent du côlon descendant, siégeant à 10 centimètres au-dessous de l'angle gauche.

On pratique le 25 juin une anastome latérale entre la terminaison de l'iléon et l'anse oméga. La malade quitte l'hôpital le 16 juillet. Elle succombe en décembre de la même année, probablement d'un néoplasme secondaire du foie.

CAS IV. — *Néoplasme de l'S iliaque. Occlusion aiguë, anus iliaque préliminaire. Anastomose latérale entre le côlon transverse et le rectum. Guérison* (Terrier).

Bl... Joseph, soixante-trois ans, sans profession, est opéré le 20 avril 1901 à la Pitié pour une occlusion aiguë. La laparotomie médiane sous-ombilicale permet de reconnaître un néoplasme adhérent de la partie supérieure de l'S iliaque et on se contente de pratiquer un anus. Trois mois plus tard, le 4 juillet, anastomose entre le côlon transverse et le rectum et fermeture de l'anus. Le malade sort guéri de l'hôpital le 5 août 1901. Depuis, pas de nouvelles.

CAS V. — *Néoplasme du cæcum. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison* (Gosset).

Pr... Alexandre, soixante-deux ans, couvreur, entre le 8 août 1904 à l'hôpital de la Pitié, pour des phénomènes d'occlusion intestinale. Depuis douze jours, arrêt complet des matières et depuis quarante-huit heures arrêt complet des gaz, avec vomissements.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, par M. Gosset. Aide, M. Dujarrier; chloroformisateur, M. Boureau. On constate un néoplasme du cæcum adhérent. On pratique une iléo-sigmoïdostomie. Le malade sort guéri de l'hôpital le 10 septembre 1904.

CAS VI. — *Néoplasme de l'angle gauche du côlon transverse. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison* (Gosset).

Marie D..., veuve H..., quarante-huit ans, ménagère, demeurant à Villejuif, entre le 12 août 1904 à l'hôpital de la Pitié, pour une occlusion intestinale datant de cinq jours.

Opération par M. Gosset, aide M. Dujarrier. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le cæcum est distendu, mais sain. La main, enfoncée profondément, reconnaît à gauche un néoplasme de l'angle du côlon. Iléo-sigmoïdostomie. La malade sort guérie le 20 août 1904.

CAS VII. — *Néoplasme du cæcum et du côlon ascendant. Iléo-sigmoïdostomie préliminaire. Ablation du cæcum, du colon ascendant et de la moitié droite du colon transverse. Guérison* (Terrier).

M. R..., âgé de quarante-cinq ans. Soigné depuis deux ans pour des troubles gastro-intestinaux. Consulte le Dr Gosset en novembre 1904. Diagnostic, cancer du cæcum.

Première intervention le 5 décembre 1904. Iléo-sigmoïdostomie latérale. Suites opératoires excellentes.

Deuxième intervention le 4 février 1905. Résection de la tumeur iléo-cæcale. Guérison, datant de neuf mois, le malade est actuellement en parfait état de santé.

Cas VIII. — *Néoplasme de l'angle droit du côlon transverse. Anastomose iléo-colique. Mort* (Terrier).

Bl... David, soixante-neuf ans, est opéré le 21 juillet 1902, par M. Terrier. La laparotomie médiane sous-ombilicale permet de constater un néoplasme de l'angle droit du côlon, très adhérent et caché sous le foie. On pratique une anastomose entre l'iléon et le côlon transverse. Mort le 24 juillet. Péritonite par insuffisance des sutures.

Cas IX. — *Néoplasme iléo-cæcal. Iléo-sigmoïdostomie. Mort* (Gosset).

B... Lucien, cinquante-sept ans, employé de commerce, est opéré le 23 septembre 1903, à la Pitié, par M. Gosset, avec l'aide de M. Lecène, pour un volumineux néoplasme iléo-cæcal. On pratique une anastomose latérale entre l'iléon et l'S iliaque. Mort le 26 septembre. A l'autopsie, on constate une diffusion très grande des lésions, avec envahissement de l'os iliaque lui-même et en outre une transformation kystique de tout le rein gauche.

Cas X. — M. M... (de Paris), négociant. Tumeurs multiples de l'intestin dues à une carcinose diffuse avec péritonite. Phénomènes d'occlusion datant de plusieurs mois et survenant par crises aiguës très douloureuses.

Diagnostic d'occlusion intestinale à sièges multiples, fait par MM. les Drs Duguet, Quénu et Terrier.

Laparotomie médiane. Ascite. Dégénérescence carcinomateuse du péritoine, rétraction du mésentère sur la colonne vertébrale.

Opération le 9 janvier 1905, avec le Dr Quénu. Iléo-sigmoïdostomie, faite très bas et dans la cavité abdominale, vu la rétraction des parties. Mort au quatrième jour, de péritonite aiguë.

Cas XI. — *Anastomose du côlon transverse avec la partie inférieure de l'S iliaque pour néoplasme du côlon descendant* (Saint-Martin-la-Forêt, 1902).

M. L..., âgé de soixante-sept ans, éprouve depuis un an des troubles intestinaux caractérisés par — une sensation de pesanteur au niveau du rectum — des coliques d'ailleurs assez rares, de l'irrégularité dans la consistance des selles.

La constipation fut le premier symptôme qui attira l'attention du malade. Les laxatifs et les purgatifs devinrent nécessaires à l'évacuation de l'intestin; mais, depuis trois mois, le malade éprouve des besoins impérieux d'aller à la selle, et les efforts aboutissent à l'expulsion de glaires et de mucosités.

En même temps le ventre se tend, l'amaigrissement s'accentue, et le

malade se décide à recourir à l'intervention que le Dr Thibaut lui avait conseillé quatre mois auparavant.

Le ventre est légèrement ballonné et le palper ne permet pas d'apprécier l'existence d'une tumeur. Le toucher rectal est négatif. Les lavements d'un demi-litre et même d'un litre sont conservés quelques instants.

Malgré l'absence de symptômes objectifs permettant d'affirmer l'existence d'une tumeur, MM. les Drs Terrier et Monprofit posent le diagnostic de néoplasme de l'S iliaque à sa partie moyenne et jugent l'intervention nécessaire.

Elle est pratiquée le 25 juillet 1902 par M. le professeur Terrier.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane longitudinale du pubis à l'ombilic. Exploration de l'abdomen. On trouve à la partie inférieure de l'S iliaque une tumeur du volume du poing qui se laisse difficilement attirer.

Étant donnée la place de cette tumeur, l'infiltration du mésentère, et surtout son degré de fixité, on renonce à en pratiquer la résection et l'on se propose de faire l'*entéro-anastomose latérale*.

Une anse du côlon transverse est amenée au contact de la portion saine de l'S iliaque située au-dessous de la tumeur. Les deux surfaces à anastomoser sont maintenues en contact à l'aide de pinces tire-balles. Des pinces coprostatiques sont placées sur l'intestin, puis celui-ci une fois attiré le plus possible à l'extérieur, un premier surjet séro-séreux réunit les deux anses sur une longueur de 4 centimètres environ.

La cavité abdominale étant bien protégée à l'aide de compresses, on incise longitudinalement l'intestin de chaque côté du surjet, surjet muco-muqueux postérieur qu'on arrête de temps en temps.

Surjet perforant total antérieur.

Dernier surjet de renforcement séro-séreux antérieur.

Hémostase très simple, mais la difficulté de cette intervention vient de ce que l'S iliaque, ne se laissant pas facilement attirer en dehors du ventre, le chirurgien est obligé de travailler dans la profondeur du bassin.

Revision des sutures. Nettoyage du champ opératoire.

Fermeture de la paroi. Deux plans de sutures. Points séparés. Suites opératoires excellentes.

Le malade va à la selle dès le deuxième jour. Disparition des coliques et de la « barre » dont se plaignait le malade avant son opération et qui provenait de la tension abdominale.

La convalescence est retardée par une crise légère de coliques néphrétiques, aboutissant à l'expulsion de petits calculs d'acide oxalique.

L'opéré se lève au bout de trois semaines et quitte la maison de santé en pleine convalescence.

Ce n'est qu'au bout de huit mois, le 25 mars 1903, que M. le Dr Monprofit se vit dans la nécessité de pratiquer un anus artificiel pour parer aux accidents d'une occlusion subaiguë par augmentation de la tumeur. La survie totale a été de douze mois.

Sur mes onze malades, trois ont donc succombé. L'un par péritonite septique due à l'insuffisance de la suture. Ce malade (obs. VIII, Terrier) avait été opéré en occlusion chronique; il a succombé au troisième jour, et à l'autopsie on a constaté que l'infection de la cavité péritonéale s'était faite au niveau du surjet postérieur de l'anastomose. Il s'agit donc ici d'une faute de technique.

Le second cas de mort est survenu chez un homme de cinquante-sept ans (obs. IX, Gosset), au troisième jour après iléo-sigmoïdostomie pour cancer du cæcum. A l'autopsie, on constate que le néoplasme adhère à tous les tissus de la fosse iliaque et à l'os iliaque lui-même, et en outre il existait une transformation kystique de tout le rein gauche.

Enfin le troisième cas de mort (obs. X) est survenu chez le malade que j'ai opéré en ville avec M. Quénu et chez lequel il y avait une généralisation à la plus grande partie du péritoine.

Sur les huit malades qui ont survécu, une fois (obs. VII), j'ai pu secondairement, après une iléo-sigmoïdostomie préliminaire, enlever le néoplasme qui siégeait sur le cæcum et le côlon ascendant.

Il reste donc sept malades chez lesquels l'ablation étant complètement impossible, j'ai pratiqué simplement une anastomose.

Une seule fois (obs. I), j'ai fait une cæco-colostomie. Dans l'obs. II, j'ai eu recours à l'iléo-colostomie, et dans l'obs. IV, j'ai pratiqué une colo-sigmoïdostomie très basse.

Dans tous les autres cas, j'ai fait systématiquement l'anastomose de l'iléon et de l'anse sigmoïde; c'est le procédé de choix.

Je pratique simplement l'anastomose latérale, *sans exclusion* proprement dite, ce qui permet aux deux segments de l'intestin, sus et sous-jacent à la tumeur, de continuer à posséder une voie de dégagement.

Quant à la technique, j'emploie exactement le même *modus faciendi* que pour les anastomoses gastro-intestinales.

Au point de vue des indications, ce qui domine la question, c'est le siège du néoplasme, et chaque fois qu'il y a au-dessous de la lésion un segment suffisant pour permettre l'anastomose, je la pratique de préférence à l'anus artificiel.

Il y a encore à tenir compte du moment où l'on opère. En période d'occlusion, il est préférable de faire un anus, quitte plus tard à pratiquer l'anastomose comme je l'ai fait avec succès dans l'obs. IV. Mais les accidents d'occlusion ne sont pas une contre-indication absolue à l'anastomose, puisque les malades I, V et VI opérés en pleine occlusion, ont cependant guéri tous les trois. Ce qui me paraît beaucoup plus important pour faire rejeter ou non

l'anastomose, c'est l'état du péritoine. S'il y a de l'*ascite*, si l'on découvre des *noyaux secondaires*, il est préférable de se contenter d'un anus.

Le siège trop inférieur du néoplasme rend l'anastomose impossible, l'envahissement du péritoine la contre-indique. Dans tous les autres cas, il faut s'efforcer de substituer l'anastomose à l'anus artificiel.

Sur les huit malades qui ont survécu, l'un vit encore après douze mois. Trois ont été perdus de vue. Les quatre autres ont survécu vingt-sept mois, douze mois, neuf mois et huit mois.

Comme conclusion, je pense qu'on doit chercher à substituer à l'anus artificiel l'anastomose intestinale toutes les fois que la chose est possible, et que l'opération de choix est alors l'iléo-sigmoïdostomie par anastomose latérale.

M. Guinard. — Je suis particulièrement heureux de la discussion soulevée par l'intéressant rapport de M. Demoulin sur « deux opérations d'entéro-anastomose pratiquées par M. Savariaud, pour cancer du gros intestin ». Depuis longtemps, je me préoccupe de cette question, pour restreindre dans la mesure du possible les indications de l'anus artificiel. Je pense bien, comme M. Hartmann, qu'un anus iliaque correctement établi est parfois mieux supporté qu'on ne le croirait. Nous avons tous des malades qui promènent par la ville un anus artificiel sans trop se lamenter. M. Picqué pourrait nous citer un de nos confrères qui a pu, pendant plusieurs années, faire sa clientèle, sans que ses malades le soupçonnent affligé de cette triste infirmité. J'ai moi-même, en ce moment, un malade que j'ai opéré avec notre collègue Belin, le 31 janvier 1902, c'est-à-dire il y a quatre ans, pour un cancer en virole, comme ceux dont nous a parlé M. Quénu. Il chasse, va au théâtre, passe l'hiver à Nice et l'été à Vichy, et son état général est parfait. Il n'en reste pas moins qu'il ne vit que dans l'espoir que je pourrai bientôt le débarrasser de son anus artificiel, et en cela il présente la mentalité de la grande majorité, sinon de la totalité, des opérés de ce genre. Aussi doit-on tout tenter pour éviter cette opération, et je pense qu'on peut y arriver dans un certain nombre de cas, plus fréquents que ne l'ont dit MM. Quénu et Hartmann.

Sur les huit observations publiées, d'anastomose rectale, il y en a deux qui me sont personnelles, comme l'a dit M. Demoulin. Depuis la publication de cette statistique dans la thèse que j'ai inspirée à mon interne M. Godineau, j'ai fait quatre fois une anastomose rectale pour obstruction du gros intestin.

Je ne parle, bien entendu, que des cas où l'obstruction siège sur

l'S iliaque ou sur la terminaison du côlon descendant : sur ce point, je suis bien de l'avis de M. Delagénière; il est clair que si le mal occupe un des angles du côlon ou le cæcum, c'est chercher la difficulté que de vouloir anastomoser l'iléon avec le rectum; en pareil cas, c'est l'abouchement iléo-sigmoïdien qui donne toute satisfaction, presque toujours.

Mais avant d'entrer dans la discussion, je relaterai brièvement les quatre observations nouvelles dont je viens de parler et qui sont inédites.

Je fais remarquer en passant que je ne me servirai pas du terme « entéro-rectal » qui prête à confusion; j'appellerai « iléo-rectales » les anastomoses de l'intestin grêle avec le rectum.

Voici d'abord un malade de cinquante-trois ans, Pierre N..., que j'ai opéré le 24 octobre 1903 à la maison Dubois. Je passe sur les symptômes cliniques pour insister sur le côté opératoire qui est seul en question. Ce malade avait un cancer de la valvule iléo-cæcale. Par une longue incision médiane, l'opéré étant en grand renversement, j'arrivai sur un cæcum bosselé, du volume du poing. En cherchant l'appendice, je le trouvai perdu dans un abcès résidual bien enkysté, enveloppé par de l'épiploon très adhérent. Je réséquai à la fois l'épiploon et l'appendice et j'abandonnai le cæcum qui me parut trop adhérent pour être extirpé. Je fis ensuite une anastomose entre l'iléon, à 20 centimètres environ de la valvule de Bauhin, et le rectum au niveau du promontoire. L'anse oméga était si rétractée dans la fosse iliaque, que l'opération me parut plus aisée en choisissant le rectum sur la ligne médiane. L'opéré quitta le service bien guéri; ses selles étaient diarrhéiques, il est vrai, mais le malade, loin de s'en plaindre, avait une véritable satisfaction d'aller si aisément à la selle, après avoir tant souffert pendant des mois d'une constipation invincible.

Je ne tardai pas à revoir ce malade dans mon service de Saint-Louis : l'état général était mauvais quatre mois après l'opération, et, au niveau de l'extrémité inférieure de la plaie, il y avait une fistule stercorale. Il s'était fait là un abcès stercoral qui s'était ouvert spontanément. Pressé par le malade, je me décidai à intervenir de nouveau, pensant que ma suture iléo-rectale avait cédé partiellement et donné naissance à cette fistule stercorale. Le 18 avril 1904, je fis donc une nouvelle incision et je vis que mon anastomose iléo-rectale était restée absolument correcte. Malheureusement, le cancer avait envahi les parois de l'intestin grêle, et les parois de l'iléon étaient ulcérées et perforées à 10 centimètres environ au-dessus de la bouche anastomotique. Il me fut impossible de fermer cet orifice et je dus me borner à faire un bon drai-

nage. Le malade vécut encore seize jours et succomba à la cachexie progressive.

Ma seconde observation concerne une malade de vingt-sept ans, Julie L..., qui souffrait depuis trois ans dans le ventre et qui, depuis un an, avait un état général de plus en plus mauvais. Elle avait une crise aiguë d'obstruction qui durait depuis dix jours, sans émission de matières et de gaz.

Je diagnostiquai, à son entrée dans mon service de Saint-Louis, une fausse obstruction intestinale, pensant que les accidents péritonéaux qu'elle présentait étaient dus à la torsion du pédicule d'un kyste ovarien. La laparatomie me montra qu'il y avait en effet à droite un kyste à pédicule tordu du volume d'une tête d'enfant. Mais je trouvai en outre à gauche une masse végétante tuberculeuse de l'ovaire.

Après avoir enlevé les annexes de ce côté, je pus examiner à fond le petit bassin et l'appendice. Ce dernier fut enlevé rapidement; il avait le volume du petit doigt et contenait des concrétions dures qui lui donnaient un aspect moniliforme. Quant au péritoine, il était partout recouvert de nodosités tuberculeuses, aussi bien sur son feuillet viscéral que sur son feuillet pariétal. De gros ganglions caséeux bossuaient le mésentère et du liquide ascitique remplissait le pelvis. J'étais frappé, au cours de toutes ces manœuvres, de voir que le côlon et le cæcum étaient, jusqu'au rectum, considérablement distendus et épaissis. Je fis donc introduire une sonde par l'anus et je vis alors que cette sonde était arrêtée à l'extrémité supérieure du rectum par un anneau cicatriciel résultant évidemment d'une cicatrice d'ulcération tuberculeuse. Je pus, en insistant, faire franchir l'anneau par le bout de la sonde et aussitôt les gaz furent évacués, ce qui facilita singulièrement la fin de l'opération. Je fis une large anastomose latérale de l'iléon, avec le rectum dans l'excavation pelvienne. Mon opérée succomba le 29 novembre, c'est-à-dire quatre jours après l'intervention, sans qu'il y ait d'ailleurs la moindre fistule stercorale au niveau de l'anastomose.

Je note expressément que la malade avant l'opération était dans un état très précaire, avec un mauvais pouls à 120, et une occlusion intestinale complète qui datait de dix jours.

Voici maintenant une troisième observation qui a trait à un homme de vingt-huit ans, Alphonse B..., qui me fut adressé par mon ami M. Courtois-Suffit à la maison Dubois. A cause de cet âge de vingt-huit ans, nous avions diagnostiqué une obstruction intestinale d'origine tuberculeuse. Le malade souffrait depuis trois ans de constipation et de diarrhée sanglante alternativement. Depuis trois jours, il avait une obstruction totale aiguë, avec vomisse-

ments etc... Le 19 octobre 1903, par une longue incision médiane, je donnai issue à du liquide ascitique citrin; je trouvai l'appendice sain, le cæcum et les côlons extraordinairement dilatés et épaissis. L'examen de la fosse iliaque gauche me montra une masse cancéreuse adhérente de tous les côtés. Le cæcum dilaté venait au contact du promontoire et du rectum, si bien que je fus tenté d'anastomoser le cæcum avec la partie la plus élevée du rectum. L'opération fut des plus simples et, par cette *anastomose cæco-rectale*, les gaz qui distendaient tout le gros intestin s'échappèrent très rapidement du côté de l'anus. Malheureusement l'opéré succomba quarante-huit heures après l'intervention.

Enfin ma quatrième observation est un beau cas de guérison opératoire d'une *anastomose colo-rectale.*

Le 8 juin 1903. je vois dans mon service de la maison Dubois une malade de soixante-quinze ans envoyée par mon ami le Dr Boulloche. Depuis un an, cette malade a eu une dizaine de crises d'occlusion. Tout récemment, le Dr Boulloche a obtenu une débâcle par le traitement opiacé. Actuellement, elle a une occlusion incomplète, les gaz seuls peuvent passer. Par une grande incision médiane, je trouve une masse néoplasique du volume du poing dans la fosse iliaque gauche sur l'S iliaque. J'anastomose avec la plus grande facilité la terminaison du côlon descendant très distendu avec la partie la plus élevée du rectum. Sans incident aucun, la malade quitta l'hôpital un mois après et succomba dix-sept mois après, chez elle, sans qu'il y ait eu la moindre crise nouvelle d'obstruction.

Une première conclusion s'impose après la lecture de ces quatre observations : c'est qu'il ne faut pas faire d'anastomose intestinale quand le malade est en état d'occlusion aiguë. Je pense que tout le monde sera de cet avis. Pour ma petite statistique personnelle de six cas (en ajoutant aux quatre observations précédentes mes deux faits de la thèse de M. Godineau cités par M. Demoulin) je trouve 3 morts et 3 guérisons : or les trois morts sont des malades opérés *en pleine crise d'obstruction aiguë.* En pareil cas, l'anus artificiel est l'opération de choix, quitte à faire ultérieurement une anastomose pour obtenir la fermeture de l'anus artificiel. Fidèle à cette manière de faire, j'ai actuellement deux malades à qui j'ai pratiqué un anus iliaque pour une obstruction intestinale aiguë. Par l'exploration digitale en opérant, j'ai pu voir exactement dans ces deux cas que le siège de l'anneau cancéreux stricteur permet parfaitement de pratiquer une anastomose entéro-rectale. Au premier jour, je ferai donc une laparotomie médiane et j'anastomoserai le rectum avec la fin de l'iléon.

Je dois dire cependant qu'un de ces malades se trouve si bien depuis son opération qu'il hésite devant une intervention nouvelle par crainte que le mieux ne soit ennemi du bien. En pareil cas, il n'y a pas à insister, car je ne pense pas qu'il y ait un autre avantage qu'un avantage moral à pratiquer l'anastomose plutôt que l'anus artificiel. M. Demoulin se reportant à la statistique dressée par M. Savariaud nous dit que la survie est plus considérable après l'entéro-anastomose qu'après la création d'un anus contre nature (d'un bon tiers). Je n'en crois rien, et je ne vois aucune raison plausible à cela. En somme, si un malade se déclare satisfait de son état malgré tous les inconvénients de l'anus iliaque, il n'y a pas, selon moi, à insister pour lui faire une nouvelle opération qui ne sera que palliative comme la première. MM. Quénu et Hartmann pensent, contrairement à M. Demoulin, que l'anus artificiel doit donner une survie plus longue que l'anastomose iléo-rectale. Nous n'avons pas du côté anastomose assez d'observations pour pouvoir les comparer au point de vue survie avec nos cas innombrables d'anus iliaque. Mais dans tous les cas, la différence, s'il y en a une, ne saurait être que de quelques mois, ou peut-être même de quelques semaines; aussi cet argument me touche peu, et j'ai comme coutume de le dire familièrement dans mon service : « J'aimerais mieux vivre douze mois avec une anastomose iléo-rectale que quinze mois avec un anus iliaque. »

D'ailleurs, il pourrait se faire que M. Demoulin ait raison en fin de compte, et que l'anastomose iléo-rectale donne une survie plus longue que l'anus artificiel. Mais si l'avenir en permettant de mettre en parallèle avec l'anus un plus grand nombre d'anastomoses rectales, démontrait l'avantage de l'anastomose au point de vue survie, j'en conclurais que cela tient à ce que le cancer rectal a un pronostic plus grave que le cancer sigmoïdien ou colique, en raison, peut-être du voisinage de la vessie et des uretères. De plus, l'anastomose sera surtout pratiquée, comme l'a très bien dit M. Quénu, pour des cancers annulaires, en virole scléreuse, et on sait que ces cancers évoluent beaucoup plus lentement que les épithéliomas végétants, surtout justiciables de l'anus iliaque. Ces deux raisons seules pourraient expliquer une plus longue survie après les anastamoses, si elle était démontrée. Mais en attendant, je m'en tiens au bénéfice moral incontestablement supérieur dans l'anastomose.

J'arrive à la question soulevée par M. Demoulin au sujet de la technique de l'anastomose rectale. D'après la statistique de M. Savariaud, il y aurait moins de mortalité avec le bouton de Murphy qu'avec la suture. Sur les 8 observations citées, il y a 4 guérisons

pour 4 anastomoses avec le bouton et sur les 4 anastomoses par suture il y a 2 morts et 2 guérisons. Malgré cette statistique je ne suis pas convaincu, et c'est encore et toujours à la suture que j'aurai recours pour cette opération. Voici mes raisons.

D'abord, il faut disséquer un peu les statistiques. En examinant de près les deux cas de mort par suture, de cette statistique, le mien et celui de Tuffier, on voit que dans les deux cas, il n'y a pas à incriminer la méthode de la suture. M. Tuffier nous a dit que son échec tenait à ce qu'il y a dix ans, époque où il a fait cette opération, la technique était moins parfaite que maintenant.

J'ai relu dans la thèse de Godineau l'observation de Tuffier et je pense qu'il y a une raison de plus à cet échec. La masse néoplasique dit-il « adhérait à la vessie, au rectum et à l'excavation pelvienne » ; la vessie dut « être décollée péniblement du rectum pour qu'on arrivât à la partie inférieure du néoplasme ». Je crois vraiment que pour ce cas particulier, il est téméraire de penser que le bouton de Murphy eût été plus heureux que la suture, et il semble bien que c'est l'anus artificiel seul qu'il eût été prudent de pratiquer. Pour mon observation, c'est encore plus frappant ; ce n'est pas la suture qu'il faut incriminer ; c'est moi qui suis le coupable ; j'ai fait là une opération qui était impraticable aussi bien avec le bouton qu'avec les sutures. Rappellerai-je dans quelles circonstances ? Un de nos confrères atteint d'obstruction totale depuis huit jours me demande une intervention, et avant la chloroformisation me dit formellement que sous aucun prétexte il ne veut d'un anus contre-nature. Après de longues discussions avec ce malheureux confrère, très intelligent, très instruit, très au courant de la chirurgie, je lui promis, quoi qu'il arrive, de ne pas faire d'anus artificiel (ce en quoi d'ailleurs j'eus peut-être tort au point de vue professionnel, mais là n'est pas la question).

La main dans le pelvis, je constatai qu'il n'y avait vraiment qu'un anus iliaque à pratiquer. C'est poussé par mon ami le D[r] Richardière qui m'assistait, et impressionné aussi par le désir formellement exprimé par le malade — médecin lui-même — que je tentai l'impossible, c'est-à-dire une suture sur des tissus altérés que mes fils coupaient et déchiquetaient incessamment. J'affirme que le bouton de Murphy n'aurait pas donné un meilleur résultat. L'opéré est mort par ma faute et non par la faute de la méthode des sutures : voilà la vérité, et ce fait ne saurait dans une statistique entrer en ligne de compte. Aussi, je reste absolument opposé à l'emploi des boutons pour l'anastomose rectale. Mais il faut avant tout que l'opération soit faisable, sinon on s'expose à un échec aussi bien avec le bouton qu'avec la suture.

Ce qu'il faudrait surtout préciser ce sont les contre-indications

de l'anastomose. Eh bien, il y en a une qui me paraît formelle, c'est *l'adhérence du néoplasme rectal à la vessie*, telle qu'elle est décrite dans l'observation de M. Tuffier que je viens de citer. Et là, j'appuie les conclusions de M. Quénu ; c'est surtout pour les cancers en virole, les cancers cicatriciels ou scléreux, les squirrhes annulaires, si l'on peut dire, que l'anastmose est indiquée. Mais s'il s'agit d'un rectum qui adhère à la vessie, il n'y a assurément pas à disséquer les adhérences pour insinuer ensuite une anse intestinale entre deux surfaces cruentées qui ne tarderont pas à l'enserrer et à gêner son fonctionnement. Ne forçons pas les indications, et résignons-nous facilement à l'anus « pis aller » quand l'anastomose paraît devoir être trop laborieuse.

Il faut en outre faire une distinction que je considère comme capitale (et dont M. Delagénière nous a dit un mot) entre les anastomoses de l'intestin grêle avec le gros intestin (côlons, anse sigmoïde ou rectum) et les anastomoses du gros intestin avec le rectum ou tout autre segment du gros intestin. En d'autres termes, je fais deux classes bien distinctes entre les anastomoses intestinales.

A	B
Anast. iléo-coliques.	Anast. cæco-rectales.
— iléo-transverses.	— cæco-sigmoïdiennes.
— iléo-sigmoïdiennes.	— colo-rectales.
— iléo-rectales.	— transverso-coliques.
	— colo-sigmoïdiennes.
	— sigmoïdo-rectales.

Je fais remarquer en effet que dans les premières, ce sont toujours des matières liquides qui passent par le nouvel orifice, tandis que dans les secondes ce sont des matières coliques, c'est-à-dire des matières pâteuses plus ou moins solides. D'où la conclusion que si l'on peut se permettre de faire un abouchement peu étendu, comme celui qui résulte de l'application du plus gros modèle du bouton de Murphy, dans les cas de la première catégorie (où la bouche ne doit donner passage qu'à des liquides), il faut absolument faire de très larges bouches anastomiques quand l'opération réunit deux segments du gros intestin, c'est-à-dire quand le nouvel orifice doit livrer passage à des matières solides. Voyez l'observation II de M. Savariaud à laquelle M. Quénu a précisément fait allusion à cause de la récidive de l'obstruction : l'anastomose fut faite entre l'anse sigmoïde et le rectum avec le gros bouton de Murphy ; et quelques mois plus tard l'orifice fut obstrué par des peaux et des pépins de raisins. C'était là un de ces cas de ma seconde catégorie pour lesquels je repousse formellement l'usage du bouton et qui nécessitent selon moi une bouche

très large (de cinq à six centimètres). M. Demoulin me dira que certains orifices pratiqués avec la suture ont subi aussi une rétraction cicatricielle. Pour ma part je ne l'ai jamais observé sur mes nombreux opérés de gastro-entérostomie et j'attribue cela à la largeur exagérée que je donne à mes abouchements. Pour le dire en passant, je fais pour les gastro-entérostomies exactement le même raisonnement que pour les anastomoses colo, cæco, ou sigmoïdo-rectales. La bouche stomacale, comme la bouche recto-colique, doit livrer passage à une pâtée presque solide ; elle doit donc être très large, et le bouton ne me satisfait pas pour ces deux ordres d'anastomoses. Tout au plus, à mon avis, pourrait-on l'admettre pour les anastomoses de l'intestin grêle avec le gros intestin.

Reste la question de difficulté opératoire : il est clair qu'on opère à bout de doigt dans le petit bassin. Cependant je peux dire que (sauf pour le cas du médecin auquel je faisais allusion et pour lequel j'ai tenté l'impossibile, par des raisons de sentiments) je n'ai jamais eu de grandes difficultés à faire l'abouchement rectal. Il faut seulement faire d'emblée une très grande laparotomie médiane, et en outre user de la position renversée aussi prononcée que pour la plus laborieuse des hystérectomies. Avec ces deux précautions, longue laparotomie et grand renversement, on a vraiment la possibilité de faire un large abouchement rectal avec de bonnes sutures. Si l'opération paraît devoir être trop laborieuse, il faut savoir se contenter de l'anus artificiel.

D'ailleurs dans les obstructions chroniques on est toujours surpris des modifications de calibre et de position des divers segments intestinaux. Il se fait de telles dilatations en amont de l'obstacle et de telles rétractions au-dessous que les rapports sont complètement changés; c'est ce qui explique qu'on ait pu faire des anastomoses cæco-sigmoïdiennes : ma troisième observation concerne un abouchement du cæcum dans le rectum ; les deux organes se touchaient et on est toujours tenté de suturer les segments intestinaux qui sans tiraillements se juxtaposent facilement. Je crois qu'il faut réagir contre cette tendance et se tracer résolument une ligne de conduite. Je vais donc en terminant dire en quelques mots quelle est selon moi la meilleure conduite à tenir en présence d'un *cancer inextirpable* de la portion sus-rectale du gros intestin.

1° Quand on est obligé d'intervenir pour une crise aiguë d'occlusion, ne jamais faire d'autre opération que l'anus artificiel, en ayant soin par une exploration directe de préciser le siège exact de l'occlusion, et de se rendre compte de la possibilité d'une anastomose entéro-rectale qu'on pratiquera ultérieurement, si le malade le désire.

2° En cas d'occlusion chronique, si le toucher rectal ne permet pas d'atteindre la tumeur, faire une longue laparotomie médiane avec grand renversement, et, si le rectum n'est pas adhérent à la vessie, pratiquer une large anastomose iléo-sous-stricturale. Cet abouchement sera iléo-sigmoïdien si l'obstacle siège sur les côlons ou le cæcum; il sera iléo-rectal si l'obstacle siège sur l'anse sigmoïde et la partie la plus élevée du rectum, ou si le rectum est plus aisément accessible que l'S iliaque rétractée.

Je crois qu'avec ce schéma, on arrivera à restreindre beaucoup les indications de l'anus artificiel, car l'anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-rectale, aussi palliative, sinon plus, que l'anus iliaque, remplacera dans nombre de cas cette infirmité si désolante pour les malades. Les observations que j'ai publiées montrent que je n'ai pas toujours agi suivant ces préceptes; mais le raisonnement et la pratique m'ont conduit à ces conclusions à mesure que je prenais une plus grande habitude de pratiquer l'anastomose iléo-recto-sigmoïdienne, que je fais toujours après les résections du cæcum pour cancer extirpable.

En somme, je donne toujours la préférence à l'abouchement iléo-sigmoïdien, quand l'obstacle est au-dessus de l'anse sigmoïde, et je pense que l'anus cæcal n'est jamais indiqué (en dehors de l'obstruction aiguë, bien entendu). Il est d'autant plus important de bien souligner ce précepte, que l'anus cæcal avec sa diarrhée incessante est le plus insupportable des anus artificiels. Et lorsque le cancer siège à un angle du côlon ou au cæcum on est assuré par l'anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-rectale d'éloigner au maximum l'orifice du foyer néoplasique.

A l'encontre de MM. Quénu et Hartmann, j'appuie donc les conclusions de M. Demoulin, et comme lui je trouve que l'anastomose iléo-sigmoïdienne ou rectale n'a pas la faveur qu'elle mérite; je suis heureux que son rapport si documenté m'ait donné l'occasion de dire ici tout le bien que j'en pense, et j'ai le ferme espoir que cette discussion pourra soustraire quelques malades au supplice de l'anus artificiel.

M. Quénu. — Je tiens à dire que contrairement à ce que vient d'affirmer M. Guinard, je n'ai pas rejeté l'anastomose iléo-rectale, mais que je me suis appliqué à en limiter les indications.

D'autre part, si M. Guinard m'accorde que l'entéro-rectostomie convient exclusivement aux cancers petits et sténosants, et si M. Guinard pose comme indication essentielle que le cancer n'adhère pas à la vessie, je conclurai que pour de tels cas, ce n'est plus l'opération palliative d'entéro-rectostomie qui convient, mais l'extirpation radicale du cancer.

Rapports.

Sur un cas de grossesse extra-utérine presque à terme avec enfant mort depuis deux mois, de M. H. Barnsby (de Tours),

par M. QUÉNU.

M. Barnsby nous a envoyé l'intéressante observation d'une malade qu'il a opérée par laparotomie pour une grossesse extra-utérine à terme et qu'il a guérie. Voici le résumé de son observation :

Une jeune femme de vingt-quatre ans, à passé annexiel, devint enceinte au mois de décembre 1903 ; du moins les symptômes concordèrent pour le diagnostic d'une grossesse : suppression des règles, vomissements, tuméfaction des seins. En février, elle se soumit à l'examen de plusieurs médecins qui remarquèrent le faible développement de l'utérus et constatèrent à côté de lui, à droite, l'existence d'une grosseur paraissant siéger dans les annexes. Ils firent le diagnostic de salpingite. A la fin d'avril, la malade perçut très nettement des mouvements actifs ; la tumeur juxta-utérine s'est développée beaucoup et s'est fusionnée avec l'utérus. En juin, c'est-à-dire six mois après la disparition des règles, les mouvements fœtaux devinrent particulièrement douloureux et obligèrent la malade à garder le lit. Les douleurs abdominales étaient devenues plus vives, le ventre se ballonnait facilement et une fièvre avec exacerbations vespérales s'était déclarée ; l'état général commença de péricliter. Un matin, au réveil, la malade se sentit brusquement soulagée, en même temps qu'elle perdait par le vagin une grande quantité de pus fétide. Du même coup la fièvre, les douleurs et le ballonnement disparurent, mais pour réapparaître un mois après, en juillet. Les pertes purulentes ont continué depuis.

Le 18 août, hémorragie utérine. Le 25, le Dr Barnsby est appelé.

La palpation abdominale très facile à cause de la minceur des parois fait reconnaître les différentes parties fœtales.

Au toucher, on trouve un utérus du volume d'un utérus gravide de trois mois environ, immobilisé et rejeté à gauche. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent l'orifice fistuleux par lequel s'est fait jour la collection. M. Barnsby pose le diagnostic de grossesse extra-utérine de huit mois et demi environ, avec pyosalpinx droit.

L'opération est faite à Tours dans la clinique du Dr Barnsby.

Le ventre ouvert, on découvre le sac tubaire, uni par des adhérences à la paroi abdominale. Le chirurgien commence son opération avec le plan d'enlever le sac en totalité, mais il reconnaît bientôt une telle fusion de ce sac avec l'épiploon et les anses intestinales, ses premières tentatives de décollement amènent un saignement tel qu'il change de tactique. A l'aide d'un surjet de fin catgut, il appliqua le péritoine sur le sac qu'il ouvrit ensuite, et dont il put extraire un enfant macéré à odeur infecte. Peu de liquide, mais, à la partie supérieure, il y avait un petit orifice aboutissant à une cavité pleine de pus, et qui n'était autre que la trompe droite suppurée et ouverte déjà dans le cul-de-sac vaginal. A droite, se trouvait le placenta.

L'orifice fistuleux du vagin fut agrandi, et on y plaça un tube. La cavité salpingienne fut mise en communication large avec le sac fœtal; celui-ci fut bourré de gaze aseptique et drainé.

L'état général resta mauvais pendant les huit premiers jours, des lavages furent faits quotidiennement avec de l'eau oxygénée. Le placenta s'élimina lentement, et, au bout de vingt jours, l'apyrexie était complète. La guérison était obtenue le 23 octobre.

L'observation de M. Barnsby nous montre d'abord quels dangers peut courir une malade en état de grossesse à garder une poche salpingienne. La malade aurait assurément bénéficié d'une intervention précoce non seulement parce qu'on eût découvert et opéré la grossesse tubaire dans les premiers mois, mais même en cas d'erreur, si on avait eu affaire à une grossesse utérine compliquée d'une salpingite. Étant donné les accidents observés et la constatation d'une poche juxta-utérine, il était indiqué d'intervenir avec le but d'enlever la poche salpingienne et de laisser la grossesse utérine suivre son cours normal. C'est ainsi que nous nous sommes comporté dans deux cas de grossesse compliquée de salpingite unilatérale, et sans que l'évolution de la grossesse en ait été troublée.

Notre critique, en tout cas, ne saurait s'adresser à M. Barnsby qui ne fut appelé qu'à la fin d'août et qui, de suite, posa les indications opératoires. Notre confrère suivit le plan opératoire qu'il convenait : en face d'adhérences saignantes à la moindre tentative de décollement, il prit le parti d'ouvrir simplement la poche infectée et d'en faire la marsupialisation. M. Barnsby s'est ainsi conformé aux règles qui ont été données il n'y a pas plus d'un an dans notre Société, relativement aux grossesses tubaires qui s'approchent du terme. C'est dans ce sens qu'ont parlé MM. Segond, Guinard, Potherat, Routier, etc. Assurément, il ne faut pas être

absolu, et l'observation de M. Lejars à la séance du 23 nous le prouve, puisque notre collègue a pu enlever comme un kyste de l'ovaire une grossesse tubaire contenant l'enfant mort presque à terme.

J'ai moi-même, en 1889, présenté à la Société de chirurgie (1) une grossesse tubaire arrivée à terme et opérée un an après le faux travail qui avait marqué le neuvième mois ; j'ai pu malgré des adhérences au plancher pelvien et au rectum extirper toute la masse et obtenir une guérison rapide. Mais il faut dire que mon opération avait eu lieu douze ou treize mois et non deux mois après la mort de l'enfant. M. Barnsby a suivi la seule ligne de conduite rationnelle, et sa sage prudence a été couronnée de succès.

Sur un cas de cholécoco-entérostomie (opération de Riedel), de M. Brin (d'Angers).

Du diagnostic opératoire des obstructions du cholédoque et spécialement de la duodénotomie exploratrice. Des indications de la cholédoco-entérostomie,

par M. QUÉNU.

Vous m'avez chargé d'un rapport sur une observation de cholédoco-entérostomie adressée à la Société par M. le Dr Brin (d'Angers). Cette observation est assez rare et assez importante pour que vous m'autorisiez à la transcrire presque en entier.

Il s'agit d'une dame de cinquante-huit ans, cholélithiasique depuis de longues années (dix-huit ans), ayant rendu à plusieurs reprises des calculs par les selles, en proie à des coliques hépatiques assez fréquentes, généralement suivies d'ictère, et traitée plusieurs années de suite à Vichy. Les ictères étaient généralement passagers. Cependant, il y a une dizaine d'années, un ictère persista dix-sept mois, puis cessa spontanément.

Au mois de septembre 1902 les douleurs hépatiques devinrent plus vives, au point de faire accepter par la malade une intervention chirurgicale. Le Dr Moreau, qui en fut chargé, trouva une petite vésicule ratatinée, ne contenant pas de calculs, et très peu de bile. Le drain placé dans sa cavité ne donnant rien fut rapidement sup-

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1889, p. 318.

Cette observation est, par suite d'une erreur de composition, attribuée à M. Reclus.

primé. Une certaine amélioration suivit cette intervention, mais en mars 1904, les douleurs reparurent plus aiguës et l'ictère s'installa pour ne plus disparaître; en même temps, la fièvre fit son apparition, le thermomètre montant chaque jour à 38°5 et 39 degrés; frissons fréquents, prurit intolérable. L'état général s'altère. A ce moment on sent sous le foie une masse considérable, dure, douloureuse, semblant faire corps avec le foie lui-même; on songe à un cancer secondaire chez une lithiasique; l'ictère, très prononcé, foncé, la coloration acajou des urines, la décoloration complète des matières fécales accusent l'oblitération complète des voies biliaires.

Le 10 décembre 1904, M. Moreau fait pour la deuxième fois une laparotomie et pénètre par la même incision dans une sorte de cavité cloisonnée, située derrière la paroi abdominale et renfermant un peu de bile; il ne put savoir par où la bile pénétrait dans cette cavité. Trouvant devant lui des masses indurées, et craignant de blesser l'intestin, il se borna à drainer cette cavité. Les jours qui suivirent, la bile s'écoula en abondance, et l'induration disparut au bout de trois semaines; la fièvre, l'ictère avaient cessé et l'état général s'était remonté.

M. Brin se demande quelle était la cavité renfermant de la bile; ce ne pouvait être la vésicule atrophiée, ce ne pouvait être qu'une cavité creusée par la bile entre les organes adhérents.

La fistule biliaire continuant de donner abondamment et aucune trace de bile n'apparaissant dans l'intestin, M. Moreau se décida à une troisième opération qu'il confia à M. Brin.

Le 10 mars 1905, M. Brin pratiqua une laparotomie médiane; soulevant le lobe gauche du foie, il trouva l'estomac libre, la première portion du duodénum un peu mobile, mais la seconde portion adhérente dans toute sa longueur à la paroi abdominale antérieure. Renonçant à la libérer, M. Brin se mit à la recherche du cholédoque, au-dessus de la première portion du duodénum : pour cela, traversant l'hiatus de Winslow oblitéré, il effondra le petit épiploon, espérant y pénétrer de dedans en dehors, mais ce fut en vain.

Alors, réduit à palper la zone du cholédoque d'une manière moins directe, il sent au-dessus du duodénum une sorte de rénitence à forme de boudin; il suppose que c'est le cholédoque distendu et il y enfonce le moyen trocart de Potain. Rien ne venant à l'aspiration il retire le trocart; il s'écoule alors une goutte de bile; deux pinces de Kocher soulevant les tissus de chaque côté de la ponction, celle-ci est transformée en incision transversale de 10 à 12 millimètres, dont les lèvres supérieure et inférieure sont repérées. De la bile s'écoule en masse. M. Brin explore le canal en y

introduisant en haut une pince qui pénètre jusque sous le foie, ce qui indique une réelle dilatation du canal; en bas, la pince disparaît derrière le duodénum. M. Brin estime à trois centimètres le diamètre du cholédoque.

M. Brin pense que le canal doit être obstrué à son extrémité inférieure. Quelle est la cause de cette obstruction? Le diagnostic reste incertain. Le pancréas paraît plus gros, mais de consistance uniforme. S'agit-il d'un calcul du cholédoque? Les voies d'accès seraient impraticables.

S'agit-il d'une pancréatite ou d'un rétrécissement du cholédoque?

Il serait logique de tenter une duodénotomie, mais, dit M. Brin, la seconde portion du duodénum est tellement adhérente à la paroi abdominale qu'il ne reste seulement qu'un peu de sa face latérale gauche qui soit abordable; aussi se décide-t-il pour l'abouchement du cholédoque dans l'intestin.

Après le placement d'une pince sur la région du pylore, une incision parallèle au bord supérieur de la première portion du duodénum est faite sur la face antérieure de celui-ci, et tout près de ce bord supérieur.

Le péritoine passe directement du duodénum sur le cholédoque en arrière, de sorte qu'on pourrait, à ce niveau, se dispenser de points de suture; par excès de prudence, M. Brin en place quelques-uns au fil de lin, puis, non sans difficultés, des sutures totales : les difficultés proviennent de la friabilité du cholédoque. Le plan séro-séreux antérieur est relativement aisé à réaliser. Puis un drain entouré de gaze stérilisée est placé au contact de l'anastomose, sous le foie.

Une sonde à demeure est placée dans la fistule biliaire.

Durée totale de l'opération : une heure quarante.

Malgré la longueur de l'opération et l'état de faiblesse de l'opérée, les suites furent simples; la température n'a pas dépassé 37°5 et la vieille fistule s'est oblitérée dès que la sonde a été enlevée ; la suture paraît avoir été étanche d'emblée. Le 14 mars, soit le cinquième jour, les matières étaient un peu colorées. Le 15, elles l'étaient entièrement et n'ont cessé de l'être depuis.

L'opérée a quitté la maison de santé le 9 avril en excellent état : le teint est redevenu clair et tous les accidents dus à la rétention biliaire ont disparu; notable engraissement. De récentes nouvelles (novembre 1905) indiquent que l'état de santé s'est maintenu parfait.

Telle est la belle observation de M. Brin.

En résumé, M. Brin s'est trouvé en présence d'un obstacle au cours de la bile de nature indéterminée, siégeant dans la portion terminale du cholédoque (avec fistule biliaire au-dessus de l'obstacle) et impossibilité en raison de son atrophie d'utiliser la vésicule biliaire pour obtenir par une opération de cholécystentérostomie le rétablissement du cours normal de la bile. Il a triomphé de ces difficultés en pratiquant l'anastomose du cholédoque avec le duodénum.

L'observation de M. Brin soulève une première question, celle du diagnostic, au cours d'une laparotomie, du siège de l'obstacle à l'écoulement de la bile.

Je dis le diagnostic au cours d'une laparotomie parce qu'en effet il est souvent bien difficile, avant d'opérer, d'affirmer la nature de l'obstruction; l'amaigrissement énorme est lui-même un signe infidèle de cancer; j'ai vu dans ces derniers temps deux malades chez lesquelles cet amaigrissement avait atteint 34 et 35 kilogrammes et, l'événement l'a démontré, il s'agissait de calculs du cholédoque. J'ai remarqué que des amaigrissements énormes s'observent précisément dans les cas de localisation du calcul dans l'extrémité duodénale et dans l'ampoule, et il me paraît bien logique d'admettre que dans ces cas la participation du pancréas est la cause principale de l'amaigrissement.

La dilatation de la vésicule biliaire est un signe inconstant ou difficilement perceptible, la vésicule est souvent atrophiée chez les lithiasiques, et les lithiasiques sont plus que d'autres sujets au cancer de l'appareil biliaire.

L'existence de coliques hépatiques antérieures ne suffit pas à une affirmation diagnostique : un lithiasique peut avoir un cancer, et d'autre part un calcul du cholédoque peut s'observer chez un malade qui n'a jamais présenté de colique hépatique.

J'accorde plus de valeur à l'ascite et à la modalité de l'ictère qui, parfois faible et surtout variable dans les calculs du cholédoque et les pancréatites, est plus prononcé et surtout d'intensité constante ou progressive dans le cancer.

Mais trop souvent il s'agit de nuances cliniques, et l'exploration opératoire reste la seule ressource pour obtenir un diagnostic précis. Cette exploration est délicate et doit être conduite suivant certaines règles, sur lesquelles on me permettra d'insister.

L'exploration de la portion sus-duodénale du cholédoque ne présente en général aucune difficulté insurmontable, qu'on aborde le cholédoque par l'hiatus de Winslow, ou à son défaut par son côté interne après avoir effondré la feuille antérieure de l'épiploon gastro-hépatique; il est rare qu'on puisse laisser passer inaperçue une concrétion calculeuse du cholédoque. Il n'en est

pas de même lorsque le calcul occupe la portion intra pancréatique ou l'ampoule de Vater. La difficulté du diagnostic des calculs du cholédoque à siège intra-pancréatique a été discutée à la Société de chirurgie en 1903.

Schwartz en particulier a insisté sur la difficulté, le ventre une fois ouvert, de différencier la lithiase des affections néoplasiques ou inflammatoires de la tête du pancréas.

Il est sûr que, dans certaines conditions de péritonite péribiliaire agglutinant et masquant tous les organes, la recherche du cholédoque peut être difficile : on peut cependant y arriver en procédant de diverses manières; voici un exemple de ces difficultés : j'ai opéré le 23 octobre dernier une malade atteinte de rétention biliaire chez laquelle, le ventre ouvert, la paroi abdominale était adhérente à la vésicule et au foie ; l'epiploon, la vésicule, le côlon transverse et le duodénum ne formaient qu'une seule masse adhérente; j'ai pu néanmoins, patiemment, disséquer au bistouri et au ciseau chaque organe et les isoler. Une petite perforation du duodénum fut suturée aisément; détachant alors la vésicule biliaire du foie, je suis arrivé sur le cystique oblitéré. Un peu plus loin, il était perméable et conduisait dans une sorte d'ampoule grosse comme le pouce, que je pris pour le duodénum; en l'isolant je pus me convaincre qu'il s'agissait du cholédoque dilaté mais ne renfermant pas de pierre. J'eus alors recours à la manœuvre de Vautrin, j'incisai le péritoine pariétal postérieur sur le bord latéral du duodénum et je réclinai cet intestin d'arrière en avant; il me fut alors possible, en suivant le cholédoque presque jusqu'à sa partie terminale, de sentir un calcul, de le déloger, de le faire remonter et de l'extraire par une incision sus-duodénale (1).

Mais il peut se faire aussi que le décollement duonéno-pancréatique renseigne insuffisamment sur l'état du segment inférieur du cholédoque; nous l'avons pratiqué vainement chez une malade, dont l'observation a été publiée dernièrement dans la *Revue de chirurgie* (octobre 1905, observation III, Quénu et Duval).

Si on sent à la surface antérieure du pancréas explorable une petite induration, une nodosité, on peut, comme je l'ai dit à la Société de chirurgie en 1903, inciser directement sur cette nodosité, mais si on a devant soi une induration étendue de la tête pancréatique, je conçois qu'on hésite; il reste alors une ressource que je ne saurais trop préconiser, c'est la duodénotomie exploratrice et le cathétérisme rétrograde du cholédoque par l'ampoule de Vater.

(1) Drainage du cholédoque; suppression du drain huit jours après. Ecoulement, de la bile par l'intestin deux semaines après l'opération. La fistule est oblitérée trois semaines après.

La duodénotomie a été faite dans des circonstances toutes différentes. Dans un certain nombre de cas, le diagnostic de calcul du cholédoque a été porté, mais la situation cachée de la masse indurée rendant l'accès très difficile, le duodénum a été ouvert pour arriver plus aisément sur le calcul. C'est ainsi que s'est comporté Mac Burney, qui dans ce sens eut recours le premier à la taille duodénale et qui eut seulement le tort de vouloir généraliser cette pratique en l'étendant à tous les calculs du cholédoque (1).

Kocher, Hassler, Terrier (2), Czerny, M. Robson et Robinson (3), et nous-même dans deux cas (4), avons eu recours à la cholédocotomie intraduodénale.

La duodénotomie exploratrice est une opération un peu différente : on sait seulement qu'il existe un obstacle à la partie terminale du cholédoque; les caractères de l'induration pancréatique ou l'absence même de toute induration laissent planer le plus grand doute sur l'étiologie de l'obstruction cholédoquienne. Dans le but de lever ce doute, on incise délibérément le duodénum afin d'aborder le cholédoque par son embouchure duodénale et d'en faire le cathétérisme rétrograde.

Dans les premiers cas de taille exploratrice, l'ouverture duodénale n'a pas été délibérément faite; elle a été un accident que le chirurgien utilisa habilement pour faire son diagnostic. C'est ainsi que Pozzi (5), ayant senti dans le voisinage de la vésicule biliaire, « au milieu d'adhérences qui en rendaient difficile la détermination exacte, une tumeur dure, du volume d'une petite noix, qui paraissait siéger au niveau du pylore », pensant qu'il pouvait s'agir d'un squirrhe du pylore comprimant le cholédoque, Pozzi poursuivit la destruction des adhérences; mais, à ce moment, il se produisit une petite éraillure qui laissa échapper une gouttelette de bile; une sonde est introduite et sent un calcul; on débride et on extrait le calcul.

De même, dans le cas de Czerny (6), « on profite de la déchirure accidentelle du duodénum pour en explorer la cavité, au cours d'une intervention sur un cholédoque coudé par les adhérences ».

Nous ne savons dans quelles conditions ont été pratiquées les opérations de Robert Abbé, Adler et Curtis, citées par Pantaloni (7). Les observations de duodénotomies exploratrices, faites

(1) Mac Burney. *Annals of Surgery*, octobre 1898.
(2) *British med. Journ.*, 1902, p. 1596.
(3) *Société de chirurgie*, 1903.
(4) *Académie de médecine*, 6 mars 1894.
(5) Pozzi. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1894, p. 630.
(6) Jeannel. *Archives provinciales de chirurgie*, 1900, p. 682.
(7) Pantaloni. *Chirurgie des voies biliaires*.

de parti pris, sont en somme réduites à un très petit nombre.

En 1902, Zeller (1) propose, dans les cas où la présence de calculs dans le cholédoque est douteuse, d'ouvrir le duodénum et de sonder la papille. Kehr (2), qui le cite, trouve cette proposition très sympathique, bien ajoute-t-il, que la manœuvre aggrave positivement le pronostic opératoire.

Cette dernière appréciation ne nous paraît pas prouvée; les trois duodénotomies que nous avons faites n'ont été suivies d'aucun incident; il en a été de même dans la plupart des cas, et nous estimons qu'il y a peut-être moins de danger à ouvrir franchement le duodénum et à explorer par l'ampoule de Vater, qu'à errer au milieu des adhérences qui, parfois, fusionnent d'une façon inextricable le cholédoque avec les parties voisines.

Cette proposition nous paraît d'autant plus défendable que la cholédocotomie sus-duodénale exploratrice peut ne donner que des renseignements insuffisants; c'est ce qui est arrivé à Kehr lui-même : dans un cas qu'il qualifie de cancer de la papille duodénale, après une exploration négative par taille cholédoquienne, eut avec succès recours à l'ouverture du duodénum qui lui permit de faire son diagnostic, et qu'il fit suivre d'une cholédoco-entérostomie (cas 164).

L'observation de la malade chez laquelle j'ai pratiqué la duodénotomie exploratrice a été publiée récemment dans la *Revue de chirurgie* (octobre 1905). Je me borne à rappeler qu'il s'agissait d'une rétention biliaire chez une jeune femme de trente et un ans, que l'exploration ordinaire du cholédoque était restée négative; trouvant une induration uniforme de la tête du pancréas, après avoir infructueusement décollé et basculé les parties oblique et verticale du duodénum, je fis une incision verticale sur le duodénum; je reconnus l'ampoule de Vater dont la papille était même un peu hypertrophiée, et je pratiquai le cathétérisme ascendant du cholédoque avec un stylet métallique. Cette exploration me démontra la perméabilité du cholédoque et l'absence de calculs. Je refermai le duodénum, établis une fistule vésiculaire, et la malade guérit. Opérée le 25 mars 1905, elle a été revue bien portante à la fin d'octobre.

Je me résume :

En présence d'une rétention biliaire dont la cause ne peut être assurée, et lorsque surtout on a, de par les antécédents, quelque raison de supposer l'existence d'une lithiase du cholédoque, on doit explorer, d'après les règles connues, la portion sus-duodé-

(1) Zeller. *Berlin. klin. Woch.*, 1902, nº 25.
(2) Kehr, technik der gallenstein operat., p. 239.

nale du cholédoque. Si cette exploration est rendue illusoire par l'état de péritonite diffuse péricholécystique, on peut, en premier lieu, utiliser la vésicule biliaire pour gagner le cystique et arriver sur le cholédoque; le décollement pancréatico-duodénal de Vautrin est une manœuvre utile facilitant la recherche du segment terminal du canal commun. Si cette manœuvre échoue ou paraît même, de par l'état des parties, d'emblée irréalisable, si la palpation à travers le duodénum et sur la face antérieure du pancréas ne donne aucune solution nette, nous conseillons d'ouvrir le duodénum, de rechercher l'ampoule de Vater et de pratiquer le cathétérisme rétrograde du cholédoque.

L'incision verticale sur la face antérieure qui fut faite par Mac Burney, Terrier, et par nous, nous paraît la plus recommandable; la crainte de couper quelques vaisseaux, qui a suggéré à Kocher l'incision horizontale, nous semble vaine.

Depuis notre opération, nous avons fait des recherches cadavériques sur une douzaine de sujets des deux sexes. Voici les enseignements que nous en avons retirés : Après avoir libéré, lorsque cela est nécessaire, le côlon, on le maintient refoulé en bas par une large valve. On reconnaît la portion verticale du duodénum et, une incision verticale de 3 à 4 centimètres étant pratiquée sur la face antérieure, deux pinces de Kocher saisissent chaque lèvre de l'incision ; il ne s'agit plus que de reconnaître l'ampoule vatérienne. Le duodénum est généralement vide; on aperçoit à mi-hauteur sur la paroi interne, près de la face postérieure, une sorte de repli vertical ou oblique légèrement renflé à sa partie supérieure. Ce repli en capuchon recouvre le tubercule de Vater percé d'un orifice par où s'engage aisément le stylet. Il peut assurément exister quelques variétés dans la saillie de l'ampoule, dans l'accentuation des replis qui l'encapuchonnent : en général nous n'avons pas éprouvé de grande difficulté.

Quels sont maintenant les renseignements que peut fournir la duodénotomie exploratrice? En premier lieu elle renseigne sur l'état de l'ampoule de Vater et seule pourrait d'une façon précoce conduire au diagnostic d'un cancer de cette ampoule (1). En second lieu et avant tout cathétérisme on peut reconnaître par la saillie dure qu'il forme un calcul ou un amas de calculs dans l'ampoule de Vater, ou encore sentir à travers la paroi interne du duodénum un calcul de la portion terminale du cholédoque.

Si cette exploration par la vue et la palpation demeure fruste,

(1) Un cas de cancer de l'extrémité duodénale de l'ampoule a été traité avec succès par Mayo (*Saint Paul med. Journ.*, 1901, p. 374).

il reste la ressource du cathétérisme de l'ampoule et du canal commun qui y aboutit.

Cette exploration facile sera faite avec un stylet à extrémité mousse métallique, transmettant mieux à la main qui le tient les impressions de contact qu'une bougie de gomme(1). Le stylet peut déceler un ou des calculs ayant échappé jusque-là à l'attention par leur situation ou leur extrême mobilité; il peut faire reconnaître une oblitération, ou un rétrécissement du cholédoque soit par coudure, soit par cicatrice ou néoplasme.

Au point de vue opératoire, la dissection du cholédoque muni du stylet rigide, sur conducteur, devient plus facile et nous paraît préférable à la recherche pure et simple qui souvent n'aboutit à la découverte que par suite d'une perforation accidentelle par où vient sourdre une goutte de bile.

La perméabilité au cathéter assure le diagnostic d'obstacle de cause pariétale et non cavitaire, et si elle est entière, facile, si la consistance du pancréas est uniformément ferme, de simple pancréatite chronique.

Dans l'observation de M. Brin, comme dans celle de Sprengel, le diagnostic est demeuré incertain : les adhérences à la paroi abdominale résultant de la première opération et de la création déjà ancienne de la fistule biliaire rendaient difficile une partie des manœuvres dont je viens de longuement discuter la valeur.

M. Brin, sans plus de recherches, se décida pour l'anastomose du cholédoque avec le duodénum.

On conçoit très bien d'ailleurs qu'ayant d'une manière quelconque découvert le cholédoque dilaté, on soit tenté, sans plus d'investigations, par la préoccupation exclusive de rétablir séance tenante le cours de la bile; le cholédoque, gros comme l'index, ou comme le pouce, ainsi que je l'ai vu tout dernièrement chez une malade, est accolé au duodénum, il n'y a aucune traction à exercer pour les unir et on a de la sorte rempli l'indication principale qui est de parer aux accidents d'intoxication biliaire.

Pourtant j'estime qu'il vaut mieux, avant de recourir à l'opération d'anastomose duodéno-cholédoquienne, s'assurer par tous les moyens qu'aucune pierre n'occupe le segment terminal : on pourrait à ce moment introduire un stylet de haut en bas vers le duodénum. M. Brin a bien introduit une pince qu'il a fait pénétrer de 4 centimètres derrière le duodénum, il ne nous parle pas de cathétérisme avec le stylet ou une bougie demi-molle et son exploration

(1) La bougie en gomme ne donne de renseignements que sur la perméabilité et ne fournit aucune sensation de contact, surtout contre les calculs biliaires qui sont moins durs que les concrétions calcaires.

est demeurée incomplète, inapte à nous renseigner sur la nature de l'obstacle.

J'insiste sur la nécessité d'obtenir à tout prix la certitude qu'un calcul n'occupe pas la portion terminale du canal. Vous aurez beau, en effet, avoir rétabli la circulation de la bile : le calcul de l'ampoule de Vater, ne borne pas ses méfaits à l'obstruction biliaire, il agit également sur le canal pancréatique, il peut agir à distance sur le tissu du pancréas et en déterminer l'inflammation. Comment s'expliquer autrement ces cas d'amaigrissement rapide de 30 et 35 kilogrammes, si on ne fait pas intervenir le trouble de la fonction pancréatique qu'attestent d'ailleurs la dyspepsie profonde et la digestion imparfaite des matières grasses.

J'estime donc, pour conclure, que l'anastomose duodéno-biliaire ne doit être entreprise qu'après avoir écarté par toutes les investigations nécessaires la possibilité d'une obstruction par calcul.

Cette certitude acquise, plusieurs moyens de rétablir la circulation biliaire sont possibles. On peut recourir suivant les cas à l'anastomose de la voie accessoire : vésicule ou canal cystique, ou à l'anastomose de la voie principale : canal cholédoque ou hépatique.

Il est évident que l'état des canaux biliaires est le guide naturel qui nous inspire. D'une manière générale, nous avons le droit d'anastomoser la portion d'appareil biliaire dilatée, mais à la condition qu'à cette dilatation s'ajoute la perméabilité qui nous est révélée par l'écoulement continu de bile sous nos yeux.

L'opération la plus simple est l'anastomose de la vésicule biliaire avec le duodénum ; elle est souvent contre-indiquée, ou parce que la vésicule est atrophiée, ou parce que le cystique est soit oblitéré, soit rétréci. Le rétrécissement n'intéresse parfois que le segment voisin de la vésicule, le segment attenant au cholédoque étant, au contraire, dilaté. On conçoit que dans ce cas on ait songé à recourir, et qu'on ait eu effectivement recours à l'utilisation du tronçon de cystique en l'implantant sur le duodénum ; c'est ce qu'a fait Mayo Robson (1) (cas 121) chez une malade de cinquante-cinq ans : il pratiqua une cholécystectomie, et « l'extrémité ouverte du cystique fut mis en connexion avec l'intestin à l'aide d'un bouton de Murphy ». Je cite en particulier ces observations de M. Robson parce qu'il les catalogue à tort parmi ses documents avec le titre de « cholédoco-entérostomie », quand il s'agit, en réalité, de cystico-entérostomie.

La cholédoco-entérostomie est, en somme, une opération de nécessité comme l'hépatico-entéro ou gastrostomie dont le choix

(1) *Diseases of the Gall-Bladder*, 3e édit.

est subordonné à l'inutilisation des voies accessoires, au siège et à la fixité de l'obstacle.

M. Baudouin (1), à qui nous devons un court historique de la cholédoco-entérostomie, a bien montré qu'à Riedel (d'Iéna), et non à Kocher, reviennent et l'idée et l'exécution de la première opération anastomotique entre le cholédoque et l'intestin. Riedel (2) fit son opération en 1888.

Il s'agissait d'une malade à laquelle on avait d'abord fait une cholécystotomie pour lithiase biliaire. La fistule biliaire persistant, Riedel ouvrit le ventre sur la ligne médiane, et chercha, mais vainement, à s'orienter au milieu des adhérences qui unissaient les intestins, le foie et la vésicule biliaire. Il ajouta alors une incision perpendiculaire à l'extrémité inférieure de la première, parvint à libérer la vésicule biliaire et le cholédoque qui était aussi épais que le petit doigt et énormément distendu. Mais il ne put y sentir aucun calcul, en explorant avec le doigt, derrière le duodénum, ou crut reconnaître une saillie grosse comme un petit pois, mais relativement molle. Alors devant cette consistance, le chirurgien hésita et se demanda s'il n'y avait pas un rétrécissement cicatriciel au niveau de la papille de Vater, ou peut-être une coudure du canal en ce point, ou un calcul.

On incisa le cholédoque et on fit le cathétérisme; la sonde glissa jusqu'à la papille et ne perçut rien (Riedel ne dit pas de quel cathéter il se servit); c'est alors que Riedel pensa à suturer l'ouverture latérale qu'il avait faite au cholédoque avec le duodénum, et il fit cette opération. La malade succomba rapidement à de la péritonite, les sutures ayant lâché.

A l'autopsie, on découvrit un calcul gros comme un petit pois dans la partie papillaire du cholédoque (3).

En 1892, Czerny (4) proposa de nouveau un procédé de cholédoco-entérostomie auquel avait également songé Riedel, consistant à sectionner le cholédoque et à implanter le bout périphérique dans l'intestin.

En 1890, Kocher (5) « n'exécuta, chez son patient, que le premier temps, à savoir la suture du duodénum aux parois du cholédoque dilaté en amont de l'obstacle »; cet obstacle consistait en deux calculs enclavés dans le conduit commun; il se proposait,

(1) M. Baudouin. *Les opérations nouvelles sur les voies biliaires*, 1897, p. 129.

(2) Riedel. *Erfahrungen über die Gallensteinkrank. mit und ohne Icterus* Berlin, 1892, p. 118.

(3) Observation empruntée à M. Baudouin (*loc. cit.*).

(4) *Wiener med. Blætter*, n° 24, 1892.

(5) Cité par Baudouin.

dans une deuxième séance opératoire, d'établir la fistule cholédoco-duodénale. Le malade mourut dans l'intervalle. L'anastomose ne reçut donc qu'un commencement d'exécution.

La troisième observation est celle de Sprengel qui, celle-là, fut suivie de succès.

SPRENGEL. — *Verhandlungen d. deut. Gesell f. Ch.* 1891, p. 132 38, in Baudouin, *loc. cit.* — Lithiase biliaire. Laparotomie exploratrice et tentative infructueuse de refoulement d'un calcul du cholédoque situé à l'embouchure du cystique. Cholecystectomie après cystico-lithotripsie. Calcul de l'hépatique. Cholédoco-lithopepsie. Choledoco-duodenostomie pour rétrécissement du cholédoque à l'embouchure. Guérison.

Dans une première opération on fit une laparotomie et le massage du cholédoque.

Dans une deuxième opération le chirurgien essaie de broyer un calcul à travers les parois du cystique et à en repousser les débris dans la direction de la vésicule biliaire ; trouvant un calcul dans le cholédoque il l'écrase puis il établit l'anastomose du cholédoque avec le duodénum. Sprengel incliné à penser qu'il s'agit de sténose du cholédoque à son embouchure, mais il n'est pas question de cathétérisme dans l'observation ; « peut-être, ajoute-t-il un petit calcul, oblitérait-il en partie le canal au niveau de l'embouchure ».

Depuis le court mémoire de Baudouin, nous avons pu réunir quatre observations de Kehr, une de Mayo Robson et une de Summers.

KEHR. — *Cholédoco-duodénostomie* observ. 161, (p. 355). — I. G..., cinquante ans, femme. Début de l'affection sept semaines auparavant. Crises gastriques suivies rapidement d'ictère avec décoloration des selles ; pas de fièvre.

Examen : Ictère foncé, résistance dans la région vésiculaire, taches cutanées d'hémorragies cholémiques.

Diagnostic : néoplasme pancréatique ou duodenal. Opération le 10 juillet 1904. Foie gros; vésicule moyenne adhérente au duodénum le cholédoque dilaté est ponctionné. Aspiration de 160 centimètres cubes de sérosité claire ; tumeur du duodénum très dure. Section transversale du cholédoque au-dessus du duodénum ; incision longitudinale du duodénum, anastomose, épiplooplastie.

Mort le 17 septembre, soit 7 jours après, de coma cholémique.

KEHR. — Obs. 162. — Homme de cinquante-trois ans, douleurs gastriques à Noël 1897, quatre à cinq crises jusqu'en avril 1898. Ictère passager en février. A partir de novembre, ictère permanent avec des varia-

tions dans son intensité. Selles tantôt colorées, tantôt grises. Examen : foie énorme, la vésicule n'est pas sentie. Pas de douleurs. Diagnostic : calcul du cholédoque. Opération le 18 janvier 1899, vésicule petite, adhérences épiploïques. Foie gros, calcul du cholédoque au-dessus du duodénum ; incision de 2 centimètres ; extraction facile. Tête du pancréas très dure. L'exploration du pancréas semble indiquer un état de cirrhose inflammatoire, mais peut-être néoplasique. Cholédoco-duodénostomie, tamponnement. Guérison. Il s'agissait donc de pancréatite chronique.

Kehr. — Observ. 163. — Femme de cinquante-trois ans. L'affection débute à Noël 1903 par des douleurs gastriques. En janvier 1904, ictère avec décoloration des selles ; perte de poids de 40 livres. Examen : femme fortement ictérique et anémique, tumeur vésiculaire très dure, peu douloureuse ; estomac très dilaté. Diagnostic : oblitération du cholédoque probablement par néoplasme.

Opération le 2 juillet 1904. Foie gros ; la vésicule contractée, adhérente à l'épiploon, contient un calcul comme un œuf de poule.

Le cholédoque est dilaté, gros comme une anse grêle. Aspiration de 100 centimètres cubes de bile filante ; pas de calculs, la sonde passe dans le duodénum. La tête du pancréas contient quelques noyaux durs. Duodéno-cholédocostomie, épiplooplastie, cystectomie, fermeture du cystique. Guérison.

Kehr. — Obsv. 164. — Homme de quarante-quatre ans. Ulcère de l'estomac il y a dix-neuf ans. En 1903, quatre crises de coliques hépatiques avec tuméfaction vésiculaire, ictère depuis quatre semaines avec décoloration des selles, perte de poids de 20 livres.

Examen : grosse tumeur vésiculaire; diagnostic : calcul du cholédoque et de la vésicule, pancréas? Opération le 10 novembre 1903, 200 calculs dans la vésicule, calcul du cystique. Tumeur derrière le duodénum, cholédocostomie sus duodénale, exploration négative, duodénotomie : ulcère de la papille, calcul dans l'ampoule. Fermeture du duodénum : Cholédoco-duodénostomie cystectomie, adénocarcinome de la papille. Guérison. L'anastomose a été faite en prévision de l'oblitération cicatricielle de la papille.

Mayo Robson (éd. 1904), cas 526. — *Pancréatite chronique, cholédoque dilaté, cholécystite. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.* — Femme âgée de vingt-huit ans, a subi une opération dans laquelle on a placé un drain dans le cholédoque dilaté ; elle perd chaque jour par ce drain de 20 à 30 onces de bile (600 à 900 grammes); aucune bile ne passe dans l'intestin. Du tube placé dans la vésicule il s'écoule de 4 à 6 onces de mucus clair. La malade est maigre et faible, elle ne digère qu'un peu de lait. Ni albumine, ni sucre. Présence dans l'urine de cristaux pancréatiques qui se dissolvent en trois quarts de minute; les fèces contiennent des matières grasses et des fibres musculaires; la bile

contient beaucoup de bacilles (bacilles entérique, de Gärtner). Opération le 8 octobre 1903.

On trouve la tête du pancréas élargie, aucune concrétion n'est sentie dans le conduit commun, la vésicule biliaire est complètement excisée, le canal cystique lié; alors le canal commum est mis en connexion avec le duodénum par le moyen d'une bobine d'os décalcifiée, et la plaie suturée.

Le soir même, la malade se sent faim pour la première fois depuis qu'elle est malade, ceci apparemment dépendant de ce que la bile et le suc pancréatique entrent dans l'intestin; elle se nourrit, regagne des forces et son teint redevient normal; elle fait une convalescence tellement rapide qu'elle retourne chez elle moins d'un mois après, ayant gagné 7 livres.

John Summers. — *A contribution to the surgery of the common Bile-Duct. A case of choledochenterostomy. The journal of the American medical association*. Chicago, 1900, I, p. 592. — Une jeune femme de dix-huit ans, bien développée, me fut adressée pour être opérée de calculs de la vésicule biliaire. Depuis cinq ans, elle avait souffert de coliques hépatiques intermittentes. Dans les quatre dernières années, les crises étaient assez légères, mais parfois sévères et accompagnées de jaunisse. Mais cet ictère disparaissait dans l'intervalle des crises. Je vis la malade en septembre 1899. Depuis un an, le caractère intermittent des douleurs s'est modifié; elle ressent continuellement une douleur qui présente des exacerbations dans des intervalles variant de quelques jours à quelques semaines.

Ictère très prononcé; douleur à la pression, à la région épigastrique et à la région de la vésicule biliaire. Foie augmenté de volume et débordant de deux travers de doigts le rebord costal; rate augmentée de volume. On fit le diagnostic de calculs du cholédoque, et on conseilla une opération. La malade entra à l'hôpital le 5 octobre et fut opérée le 9. Foie augmenté de volume, couleur vert bouteille, à surface irrégulière, granuleuse. La vésicule biliaire était augmentée de volume (deux fois son volume normal). L'estomac ayant été rejeté à gauche et le côlon abaissé, le cholédoque apparut comme une portion d'intestin, tellement il était distendu; ses parois étaient épaissies et tendues. On ne pouvait sentir aucune pierre, ni dans le cystique, ni à aucune extrémité du canal commun. On incisa alors le cholédoque après aspiration, et l'index fut introduit; aucune pierre ne fut sentie. Je ne pus passer un cathéter, et il est évident qu'il existait un rétrécissement près de l'extrémité duodénale du cholédoque. Alors j'incisai et vidai la vésicule biliaire qui renfermait du mucus teinté de bile, et j'essayai de passer une bougie à travers le cystique jusque dans le cholédoque, mais je n'y réussis pas. Reculant devant l'établissement d'une fistule biliaire cutanée, je fus sur le point d'essayer une dilatation rétrograde du rétrécissement par une incision du duodénum. J'y renonçai, devant l'impossibilité d'assurer le maintien de la dilatation. Je me décidai à une anastomose du cholédoque avec le duodénum; j'y procédai à l'aide du

bouton de Murphy. Après l'introduction de chaque moitié du bouton dans le conduit biliaire et dans l'intestin, j'eus des difficultés à rapprocher chaque moitié l'une de l'autre; j'y arrivai en passant un doigt dans l'hiatus de Winslow. La vésicule fut suturée dans la plaie; je ne l'excisai pas pour ne pas prolonger l'opération. Gaze stérilisée et drain en verre dans le fond de la plaie. Suites opératoires : fièvre rémittente et réaction vive. Peu à peu, la température s'abaissa, l'appétit devint vorace et la convalescence progressa rapidement. Le bouton ne fut jamais retrouvé. La rapide disparition de la jaunisse et le soulagement de la douleur prouvèrent le bon fonctionnement de l'anastomose. La malade revint à l'hôpital quelques mois après pour se faire enlever son inutile vésicule biliaire. Ces rétrécissements étaient probablement le résultat de l'inflammation résultant de l'irritation et de la compression des calculs.

Cette observation, d'après mes recherches, est le seul cas, publié en Amérique, d'anastomose entre le cholédoque et l'intestin.

Ainsi, en y comprenant l'incomplète opération de Kocher, nous n'avons rassemblé que neuf observations d'anastomoses du cholédoque avec l'intestin.

Mayo Robson parle bien d'une observation du Dr Swaine, mais sans donner aucune indication de date ou de publication.

L'observation de M. Brin serait donc la dixième; en tout cas elle nous paraît être la première observation française.

Si nous récapitulons les causes d'obstruction biliaire pour lesquelles la cholédoco-duodénotomie a été exécutée, nous trouvons que l'obstruction du cholédoque était occasionnée :

1° Par des calculs de l'extrémité duodénale du cholédoque dans deux cas (cas de Riedel et de Kocher);

2° Par une altération néoplasique ou inflammatoire de la tête du pancréas dans trois cas de Mayo Robson le 2e cas de Kehr (pancréatite) et le 3e cas de Kehr (néoplasme).

3° Par une tumeur de la papille ou du duodénum (1er et 4e cas de Kehr, celui-ci avec calcul de l'ampoule, dans deux cas;

4° Par une cause indéterminée dans deux cas (cas de Brin et de Sprengel);

5° Par un rétrécissement inflammatoire de l'extrémité duodénale du cholédoque dans un cas (cas de Summers).

Nous croyons pouvoir dire que l'anastomose cholédoco-intestinale n'est qu'un pis aller s'il s'agit de calculs du cholédoque. Je conçois qu'après avoir cherché beaucoup ou si, sans beaucoup de recherches, le malade déjà très affaibli par sa maladie donne des signes de faiblesse manifeste pendant l'opération. Je conçois dis-je, que se trouvant en face d'un cholédoque dilaté qui est là tout contre le duodénum, on soit tenté, sans aller plus loin, de

satisfaire l'indication principale en anastomosant l'un avec l'autre. Je ne pense pas toutefois et je ne crains pas de le répéter, que ce soit une bonne pratique et j'estime qu'au prix de quelques risques en plus, il vaut mieux arriver à la notion certaine qu'aucun calcul n'obstrue le canal commun et à la notion probable de la cause obstruante. J'ai suffisamment insisté plus haut sur les moyens à employer dans ce but pour n'avoir besoin d'y revenir.

Ce qui rend la difficulté plus grande, c'est que l'affection calculeuse peut coexister avec le néoplasme ou la pancréatite; il ne suffit donc pas d'avoir enlevé un calcul du cholédoque, il faut s'assurer de l'entière perméabilité de celui-ci : c'est en somme au cathétérisme pratiqué soit de haut en bas, soit de bas en haut par l'ampoule de Vater qu'appartient le dernier mot. Il semble d'après les chiffres précédents que plus de ténacité et surtout plus d'habitude, plus d'habileté dans l'investigation opératoire doivent aboutir à rendre plus rares les indications de la cholédoco-entérostomie. Cependant il est possible que si l'opération doive perdre du terrain du côté de la lithiase, elle en regagne du côté des affections pancréatiques et duodénales; les cancers des voies biliaires, les tumeurs de la papille et du duédonum, les indurations néoplasiques ou non du pancréas, voilà autant de causes peut-être susceptibles d'étendre les indications de la cholédoco-entérostomie, quand principalement ces diverses lésions sont associées à une lithiase biliaire ancienne qui a rendu les voies accessoires inutilisables.

Il importe encore de remarquer que le chirurgien appelé à opérer une obstruction des voies biliaires principales peut avoir affaire à un malade qui n'a subi encore aucune intervention ou au contraire à un malade chez lequel on a établi une fistule biliaire, soit dans le but de parer à des accidents imminents d'intoxication ou d'infection biliaire, soit dans le but de traiter une pancréatite chronique. On a pour cette fin, fait une stomie biliaire, soit sur la vésicule, soit sur le cholédoque ou l'hépatique; si c'est la vésicule qui a été abouchée à la peau, c'est elle encore qui doit servir d'intermédiaire à la dérivation biliaire dans l'intestin, si elle est atrophiée ou imperméable, et lorsque la fistule biliaire créée d'urgence est intarissable après de longs mois d'attente, la cholédocoduo-dénotomie devient notre dernière ressource.

C'est précisément dans le but de guérir une fistule biliaire que Riedel avait imaginé et exécuté l'anastomose cholé-docoduodénale, la malade de Mayo Robson portait une fistule du cholédoque, c'est encore pour guérir une fistule biliaire antérieurement établie par un chirurgien que M. Brin a fait et réussi l'opération de Riedel.

Le succès de M. Brin est réellement très encourageant et peut nous inciter à ne pas laisser s'éterniser les fistules biliaires dont la raison d'être est attribuable à une obstruction de la voie commune.

L'opération ne nous semble pas aussi difficile qu'on pourrait se l'imaginer : quand un obstacle dure depuis des mois ou des années, il se fait une dilatation telle du conduit que le placement des sutures parait en somme avoir été assez facile.

Deux procédés sont applicables : tous deux ont été imaginés par Riedel et il y aurait vraiment toute justice à qualifier d'opération de Riedel la cholédoco-duodénotomie.

Le premier consiste à faire une anastomose latérale; c'est ainsi qu'ont opéré Riedel, Kocher, Sprengel, Brin. Dans le second, qu'on pourrait appeler termino-latéral, on sectionne transversalement le cholédoque et on l'implante dans l'intestin; c'est celui qu'a utilisé Kehr chez une de ses malades (161). Peut-être ce dernier conviendrait-il aux cas où la dilatation du cholédoque est moindre.

Les boutons de Murphy ou autres ne paraissent aucunement nécessaires à la bonne réussite de l'opération. Mentionnons cependant que Mayo Robson s'est servi d'une bobine d'os décalcifiée et que Summers a utilisé le bouton de Murphy.

Les résultats opératoires sont, pour 10 opérations, de 3 morts et de 7 guérisons; si on réfléchit que chez la malade de Kocher l'opération devait être faite en deux temps et que le second, à savoir l'ouverture du cholédoque, n'a pas été réalisé, on est en droit d'éliminer cette observation du passif de la cholédoco-entérostomie. Restent au passif l'opération de Riedel et une de Kehr. Chez l'opéré de Riedel, la mort est due à ce que les sutures ont mal tenu et il ne faut pas oublier que c'était la première opération de ce genre. Dans le cas de Kehr, la mort est attribuée au coma cholémique (et c'est dans ce cas justement que Kehr a pratiqué une termino-latérale). Abstraction faite du cas de Kocher, la mortalité opératoire était de 2 pour 9, soit de 22 p. 100, ou en y comprenant le cas de Kocher, de 3 pour 10, soit de 30 p. 100. J'estime qu'on ne peut voir là qu'une approximation : il est impossible, en effet, de baser un pronostic opératoire précis sur des données aussi restreintes. Il suffirait en effet qu'on étendît les indications opératoires à un certain nombre d'obstructions du cholédoque par cancers pour que la mortalité s'élevât tout à coup; il est probable qu'elle est justement demeurée assez faible, parce que l'opération s'est adressée à d'autres cas qu'à des cas de cancers.

J'ai, plus haut, classé les observations d'obstruction en tenant compte surtout du siège de l'obstacle, mais si je prends pour

base la nature cancéreuse ou non de l'obstacle, voici les résultats auxquels j'arrive : les obstructions cancéreuses se réduisent aux trois cas de Kehr, mais si dans l'observation 162, Kehr a trouvé la tête du pancréas indurée et a pu penser d'abord à un néoplasme, les suites heureuses de l'opération l'ont ramené au diagnostic de pancréatite.

Chez la malade de l'observation 163, le diagnostic porte bien encore oblitération du cholédoque probablement par néoplasme, mais il ne repose que sur la constatation des indurations pancréatiques chez un lithiasique.

L'observation 64 a pour titre adéno-carcinome de la papille; il n'est pas question d'examen histologique; il existait un calcul de l'ampoule et une ulcération de la papille, mais le malade avait eu antérieurement un ulcère simple de l'estomac et rien ne démontre que l'ulcère limité du duodénum n'était pas de même nature. Seule la première observation de Kehr (161) est relative à un cancer à point de départ pancréatique ou duodénal.

Sur 10 opérations, une seule fut donc en réalité, d'une manière incontestable, pratiquée pour un cancer, et elle a été suivie de mort; les 9 autres opérations ont été faites pour des obstacles calculeux du cholédoque, ou pour des rétrécissements inflammatoires supposés ou pour une pancréatite chronique.

En cas de cancers du pancréas avec lithiase ayant atrophié la vésicule, il est bien à craindre que les manœuvres nécessaires peur découvrir le cholédoque et l'aboucher au duodénum soient difficilement supportées, alors que nous voyons chez certains cancéreux (1) une simple laparatomie exploratrice être suivie de mort, sans aucune complication opératoire proprement dite.

En cas de lithiase du cholédoque, j'ai insisté sur les manœuvres que nous devons faire pour ne laisser à aucun prix passer inaperçu un calcul de la portion terminale ou de l'ampoule; resteraient donc seulement justiciables de la cholédoco-entérostomie les oblitérations persistantes dues à une pancréatite chronique, traitées ou non préalablement par une fistule biliaire.

Les indications de la cholédoco-entérostomie ainsi réduites ne comprendraient plus en réalité que la pancréatite chronique et le rétrécissement du cholédoque consécutif à une lithiase du conduit.

(1) A localisations pancréatiques du cancer.

Présentations de malades.

Luxation récidivante de l'épaule. Capsulorrhaphie. Guérison.

M. Lucien Picqué. — Dans notre séance du 14 juin dernier notre collègue Legueu, à propos d'une communication que je vous avais faite sur la luxation récidivante, nous présentait un malade chez lequel il avait sans succès pratiqué la capsulorrhaphie à l'aide de fils non résorbables.

Le hasard me l'ayant amené dans mon service de Sainte-Anne, j'ai pratiqué de nouveau une capsulorrhaphie à l'aide du procédé que je vous ai exposé récemment.

Le résultat est aussi satisfaisant que possible et cependant le malade a eu de nouvelles crises d'épilepsie depuis son opération avec chute violente sur le moignon de l'épaule. Il présente une atrophie très marquée du deltoïde.

Au sujet de ce malade, je voudrais vous soumettre les réflexions suivantes.

Comme M. Legueu vous l'a fait remarquer lui-même, il avait pratiqué une incision au niveau du deltoïde.

Cette incision limitée par deux lèvres contractiles m'a paru trop étroite pour manœuvrer librement et j'ai dû recourir à l'incision de Ricard qui dans ce cas exceptionnel m'a beaucoup servi, mais qui dans les cas ordinaires où l'on suit le sillon inter-deltoïdo-pectoral me paraît inutile.

M. Legueu avait signalé la présence du décollement périostique, étudié par Broca, et je vous avais dit que dans ces cas la capsulorrhaphie simple ne paraissait pas devoir suffire comme dans les cas où il n'existe qu'une boursouflure antérieure de la capsule.

L'accrochement de la capsule déjà employé par le professeur Berger et auquel j'ai eu recours dans mon cas m'a paru suffisant dans ce cas pour obvier à la récidive.

Enfin n'ayant pas ouvert à nouveau la capsule, comme l'avait fait Legueu, je n'ai pu contrôler l'absence d'encoche. Je pense toutefois qu'il est bien difficile par l'exploration directe de reconnaître cette encoche qui se trouve située à la partie postéro-externe de la tête humérale.

M. Kirmisson pense qu'il existe une demi-ankylose du membre.

M. Berger. — Je conviens qu'il y a une certaine raideur de l'épaule et que la pointe de l'omoplate se détache du tronc lorsque

le bras est porté dans l'abduction horizontale. Mais il n'y a pas ankylose au sens propre du mot et peut-être cette raideur elle-même est-elle utile pour prévenir la reproduction de la luxation. La fixation de la capsule à l'acromion prescrit à cet égard, remplit le le rôle auquel elle était destinée.

M. Picqué rappelle que le malade est à peine guéri d'une contusion articulaire consécutive à une chute récente sur l'épaule.

Le quarantième jour, au sortir de l'appareil, il jouissait de tous les mouvements. Je vous le représenterai dans quelques mois.

Suture primitive du nerf cubital. Réunion immédiate avec restauration rapide des fonctions.

MM. Chaput. — Je vous présente un malade qui fut blessé, il y a un mois environ, dans la région du poignet. Constatant que le cubital paraissait coupé, je priai mon interne, M. Francoz, de pratiquer la suture de ce nerf. L'opération fut conduite très correctement, et, au bout d'un mois, les fonctions étaient si parfaites que le malade pouvait reprendre son métier. La sensibilité n'est pas revenue complètement tout de suite, et il s'est produit un peu d'amaigrissement des interosseux. J'attribue ces phénomènes à ce que la suture n'a été faite qu'au bout de vingt-quatre heures, et que le bout périphérique était déjà un peu altéré lors de l'intervention.

M. Pierre Delbet. — Je ferai remarquer que la réparation n'est pas encore complète. En effet, les deux derniers doigts sont en abduction et le malade ne peut les rapprocher complètement, ce qui indique que les interosseux ne fonctionnent pas encore bien. Cela n'a d'ailleurs rien d'étonnant, puisque l'opération date seulement de six semaines.

M. Chaput. — Les mouvements d'écartement des doigts n'ont pas reparu. C'est exact, mais ceux de flexion de la première phalange et ceux d'extension des deux dernières phalanges sont parfaits comme vient de le constater M. Kirmisson.

L'absence du mouvement d'écartement des doigts s'explique à mon avis par ce fait, que la force avec laquelle les doigts s'écartent les uns des autres est très minime, et comme le blessé n'a pas retrouvé toute sa vigueur, il ne peut encore réaliser l'écartement qui réclame toute l'énergie des interosseux ; en effet le mode d'in-

sertion de ces muscles est très défavorable pour la production des mouvements latéraux.

Tumeur blanche fistuleuse du poignet chez une femme enceinte guérie en un mois par la méthode de Bier.

M. Chaput. — Il s'agit d'une femme de trente et un ans, enceinte actuellement de six mois, qui présenta, il y a quatre mois, les signes d'une ostéite tuberculeuse de la région interne du carpe. Elle fut soignée en ville par l'ignipunction profonde qui ne produisit aucune amélioration, et amena une fistule profonde au centre d'une ulcération tuberculeuse de la forme du D d'une pièce de 1 franc.

Ma première impression, en voyant cette lésion chez une femme enceinte, fut déplorable, et je craignais que la malade ne fut amenée d'opérations en opérations jusqu'à l'amputation de l'avant-bras.

J'eus alors l'idée d'essayer la méthode de Bier, je plaçai au-dessus du poignet une bande de caoutchouc peu serrée, produisant de l'œdème sans douleur.

Le membre ne fut pas immobilisé, la plaie fut pansée à plat avec de la gaze aseptique et des attouchements à la teinture d'iode.

Au bout d'un mois l'ulcération était cicatrisée, et la malade pouvait être considérée comme guérie.

J'ai conseillé à cette malade de conserver sa bande de caoutchouc jusqu'à son accouchement au moins.

Une autre malade opérée par moi de résection partielle pour tumeur blanche du poignet, conservant une fistule profonde avec des fongosités, a été guérie de même en un mois.

Une troisième malade atteinte de tumeur blanche du genou, soumise depuis quinze jours à la bande de Bier, est en voie d'amélioration considérable. Je suis convaincu qu'elle guérira prochainement.

Rétraction cicatricielle des doigts traitée par la méthode italienne d'autoplastie.

M. Berger. — Le jeune F. M... est atteint depuis l'âge de quatre ans d'une rétraction des doigts qui est la conséquence d'une brûlure : les trois derniers doigts de la main droite, sont

maintenus dans la demi-flexion par des brides cicatricielles très dures, qui occupent la face palmaire de leurs premières et deuxièmes phalanges. L'extrémité de ces doigts et les ongles ont été déformés en partie par la brûlure; la face dorsale est intacte ainsi que les téguments de la paume de la main. La face palmaire de l'index est elle-même le siège d'une bride cicatricielle qui permet néanmoins à l'extension de se faire d'une manière plus complète. La demi-flexion des doigts est un obstacle à l'exercice de la profession de serrurier qu'a choisie ce jeune sujet âgé de dix-huit ans. Pour remédier à cet état de choses, M. Berger a imaginé le procédé suivant qu'il a mis à exécution :

Une incision transversale est pratiquée sur la face palmaire de la main un peu au-dessus du pli palmaire inférieur, dans toute l'étendue qui correspond à la naissance des trois derniers doigts. Deux incisions verticales, dont une suit le bord cubital de la main, et l'autre tombe dans l'espace interdigital correspondant à l'intervalle de l'index et du médius limitent avec cette incision un lambeau quadrilatère de peau, à base inférieure, qui est disséqué, rabattu, et dont la base se continue avec la naissance des trois derniers doigts auxquels on le laisse adhérent. Ce lambeau est divisé par deux incisions verticales tombant sur les troisième et quatrième espaces interdigitaux, en trois petits lambeaux dont chacun correspond à la racine de l'un des trois derniers doigts. Sur les faces latérales de chacun de ceux-ci sont pratiquées deux incisions verticales, longitudinales qui, partant de la moitié de la deuxième phalange, remontent vers les commissures interdigitales et viennent se continuer avec les incisions verticales qui divisent en trois lambeaux secondaires le petit lambeau palmaire. Grâce à ces incisions, les téguments de la face antérieure de chacun des trois derniers doigts, comprenant les brides cicatricielles qui maintiennent ces doigts dans la flexion, peuvent être disséqués; les doigts sont ainsi libérés et peuvent être portés dans l'extension complète; la face antérieure de chacun d'eux est alors recouverte par le lambeau formé par les téguments de la face palmaire de ces doigts, disséqués, rétractés, et continués en haut par l'un des lambeaux qui résultent de la division en trois bandelettes du lambeau constitué par la dissection des téguments de la paume de la main.

Les téguments correspondant à la face palmaire de chacun des trois doigts en question, sont ainsi prolongés par les lambeaux taillés sur la paume de la main qui viennent remplacer sur la face palmaire de la première phalange, les téguments cicatriciels qui la recouvraient, et qui, actuellement, se sont rétractés sur la deuxième phalange et sur la face antérieure de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Les trois derniers doigts

étant ainsi redressés, et leur face palmaire étant complétement recouverte de tégument grâce à la locomotion de la peau de la paume de la main à qui cet artifice a permis de venir recouvrir la face palmaire des premières phalanges, les lambeaux quadrilatères en question sont fixés par une suture très soignée sur la face antérieure des trois derniers doigts de la main. Puis, pour combler la perte des substances créée par la dissection et l'utilisation des téguments de la partie inférieure de la paume, on applique sur celle-ci un lambeau de forme et de dimensions fixées d'avance et taillé sur la face postérieure du tronc vers le flanc opposé. Ce lambeau pédiculé est adapté sur la paume de la main qu'on attire derrière le dos et est fixé sur elle par la suture. Puis le membre supérieur est maintenu dans cette position par un bandage roulé très serré, entourant le membre et le tronc. Au bout de vingt et un jours, le pédicule du lambeau est coupé et adapté au bord cubital de la main.

Grâce à cette autoplastie, les doigts ont repris leur indépendance et leur liberté ; ils jouissent de l'extension complète ; la paume de la main est recouverte entièrement de téguments sains et résistants. La comparaison de la main telle qu'elle est actuellement, et du moulage qui en a été fait avant l'opération, permet de juger le bénéfice obtenu.

Présentations de pièces.

M. Marion. — Testicule inguinal et tumeur d'un testicule en ectopie abdominale chez une femme. — M. Legueu, rapporteur.

M. Riche. — Malformation du canal génital chez une femme. — M. Rieffel, rapporteur.

Élections.

Au cours de la séance, la Société de chirurgie procède à la composition des Commissions destinées à examiner les travaux des candidats aux prix de la Société.

PRIX DUVAL.

Une Commission composée de MM. Segond, Quénu et Routier est nommée par 25 voix sur 29 votants.

PRIX GERDY.

Une Commission composée de MM. Demoulin, Hartmann et Beurnier est nommée par 27 voix sur 30 votants.

PRIX LABORIE.

Une Commission composée de MM. Felizet, Ricard et Chaput est nommée par 21 voix sur 28 votants.

PRIX DEMARQUAY.

Une Commission composée de MM. Picqué, Legueu et Reynier est nommée par 28 voix sur 31 votants.

Le secrétaire annuel.

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. BUSCARLET (de Genève) et PSALTOFF (de Smyrne), qui posent leur candidature à la place de membre correspondant étranger.

3°. — Un travail de M. SUAREZ DE MENDOZA, intitulé : *Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes.*

4°. — Une observation de M. LATOUCHE (d'Autun), membre correspondant, intitulé : *Contusion violente de l'abdomen*, etc.

Lecture.

Contusion violente de l'abdomen chez un enfant de dix ans, laparotomie vingt et une heures après l'accident, rupture de la rate, splénectomie, guérison (1),

par M. LATOUCHE (d'Autun).

Le 25 octobre 1905, à 3 heures de l'après-midi, le nommé Henri C..., âgé de dix ans, jouait sur le parapet d'un pont, lorsque perdant l'équilibre, il fut précipité dans le vide d'une hauteur de 5 mètres. Il tomba

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

sur le côté droit et il raconte avec une grande précision qu'une pierre heurta avec violence un point de son abdomen, d'ailleurs douloureux lors de notre examen, et situé à 4 centimètres environ au-dessous des fausses côtes droites. En résumé, le coup a porté d'une manière indiscutable sur le côté droit du ventre et c'est à droite que l'effet direct du traumatisme s'est fait sentir.

L'enfant ne perdit pas connaissance, et relevé par des passants, marcha avec leur aide jusqu'à une maison distante de 150 à 200 mètres environ. Là, il ne se coucha pas, s'assit sur une chaise et attendit deux heures qu'on le transportât à l'hôpital. Ce transport eut lieu moitié étendu dans une poussette à deux roues, sorte de brouette dont se servent les laveuses pour porter le linge à la rivière.

Le blessé arriva à 6 heures à l'hôpital, marcha de la porte à son lit et but en arrivant une tasse de lait.

Il disait souffrir de l'abdomen, mais il s'endormit; toutefois son sommeil fut fréquemment interrompu, et chaque fois il se plaignit du ventre.

A minuit, il vomit le lait ingéré le soir.

Je vis l'enfant le lendemain 26 octobre, à 11 heures du matin. Le facies était normal, il n'avait ni pâleur spéciale, ni altération des traits.

La respiration était bonne et la température à 37°2. Il répondait facilement aux questions qu'on lui posait, et disait que seul le ventre lui faisait mal. Le pouls était fréquent, un peu petit, à 130. De plus, il y avait un léger tympanisme abdominal, notamment à l'épigastre, le ventre était légèrement sensible principalement au niveau des fosses iliaques; mais il n'y avait pas de défense de la paroi, on pouvait sans éveiller de douleurs vives palper tout l'abdomen.

En présence des commémoratifs, de la chute sur le ventre, de l'état du pouls coexistant avec le ballonnement léger, je diagnostiquai une lésion profonde, je ne pensai pas à une rupture de la rate, mais plutôt à une déchirure intestinale et je pratiquai séance tenante une laparotomie.

J'incisai sur la ligne médiane de l'appendice xiphoïde au pubis; un flot de sang noir fit de suite irruption au dehors, suivi de l'intestin très dilaté et parésié.

Rapidement, je fis une éviscération complète, et recherchai la cause de l'hémorragie, le foie était sain et immédiatement je vis la rate largement ouverte, pour ainsi dire coupée en deux parallèlement à ses deux faces, depuis le milieu du bord antérieur jusqu'au hile. L'hémorragie toutefois paraissait arrêtée. La ligature du hile fut facile et l'extraction de l'organe eut lieu rapidement et sans difficulté.

Je vérifiai les reins, le foie à nouveau, sans rien trouver, et je fis un nettoyage soigné de toute la cavité abdominale. Celle-ci était remplie de sang et le petit bassin contenait de nombreux caillots. J'asséchai avec des compresses toute la surface intestinale éviscérée, les fosses iliaques, la cavité pelvienne, et après m'être assuré d'une part que rien ne saignait plus, d'autre part que la cavité péritonéale était absolument débarrassée du sang et des caillots, après avoir placé une mèche dans

la loge splénique, je me mis en devoir de réintégrer l'intestin. C'est là que commença la partie vraiment pénible de l'opération, j'eus les plus grandes difficultés à fermer le ventre sur une masse intestinale dilatée et ayant pour ainsi dire perdu droit d'asile, fuyant de toutes parts et ressortant à mesure qu'on cherchait à rapprocher les deux lèvres de l'incision de la paroi.

Lorsque la fermeture du ventre fut enfin terminée, j'appliquai un pansement compressif et le malade fut reporté dans son lit et rapidement réchauffé. Injection de 600 grammes de sérum et de 0,40 de caféine. Une heure après l'opération, température 38 degrés.

Le soir, température 36°8, le pouls est petit, fréquent, la nuit est mauvaise, vomissements de matières noirâtres, agitation; cependant miction spontanée.

27 *octobre*. Température le matin 36°7, 0,50 de caféine, 900 grammes de sérum. Le malade urine, mais n'évacue ni gaz ni matières, et le ventre reste très ballonné. Les vomissements ont cessé, on administre sans résultat 30 grammes d'huile de ricin et un lavement purgatif. Le pouls est fréquent, le soir température 38°2. Vomissements toute la nuit.

28 *octobre*. 800 grammes de sérum, 0,30 de caféine et 10 grammes d'eau-de-vie allemande. A 3 heures de l'après-midi, évacuations abondantes et à partir de ce moment, mieux sensible. Température 37°6 le matin, et 37°8 le soir. Sérum 600 grammes.

29 *et* 30 *octobre*. Le malade va bien. Le pouls a repris ses caractères normaux, la température se maintient à 37 degrés, le lait est bien supporté, les évacuations sont spontanées.

31 *octobre*. La mèche de la loge splénique est enlevée; le soir, température 39 et le pouls s'agite légèrement, mais le 1er novembre, la température redescend à 37°4 et à dater de ce jour le malade est nettement en convalescence.

Il a quitté l'hôpital le 15 novembre, absolument guéri, mangeant de tout et ne souffrant de rien.

L'examen du sang pratiqué par le Dr Briau, médecin de l'Hôtel-Dieu du Creusot, le 13 novembre, a donné les résultats suivants :

Globules rouges	4.800.000
Globules blancs.	3.809

dont :

Polynucléaires.	74 p. 100
Lymphocites.	25 —
Eosinophiles.	1 —

D'après Achard, la moyenne chez l'enfant étant de :

Polynucléaires	50 à 55 p. 100
Lymphocites	40 à 45 —

Il y a donc diminution notable du nombre des lymphocytes (origine splénique), et diminution nes globules blancs en général,

La rupture de la rate constitue une lésion d'une extrême gravité immédiate.

Vanverts sur 18 cas, note 8 guérisons et 10 morts, soit une mortalité de 55,5 p. 100.

Février, dans son rapport au 14[e] Congrès de Chirurgie en 1901, cite 46 opérations de splénectomie avec 23 succès et 23 décès, soit une mortalité de 50 p. 100.

Edler arrive à une conclusion analogue avec une léthalité de 47 p. 100.

En analysant la statistique de Février, il semblerait que la rupture de la rate soit moins grave chez l'enfant que chez l'adulte, puisque sur 15 observés chez des sujets âgés de moins de vingt ans, nous relevons 12 guérisons et 3 morts seulement. Notre cas améliore encore la statistique en portant les guérisons à 13 sur 16.

Nous signalons le fait sans chercher à en tirer de conclusion définitive.

Mais il nous semble que cette observation démontre une fois de plus qu'il faut, en présence d'une contusion de l'abdomen, avec soupçon de lésion hémorragique ou autre, opérer toujours et opérer très vite. Février insiste sur cette utilité d'une intervention précoce, ajoutant que dans presque tous les cas où la guérison fut obtenue, l'opération avait été pratiquée dans les vingt-quatre premières heures. Dans notre cas nous opérâmes à la vingt et unième après l'accident.

Or, l'on ne saurait trop insister sur cette nécessité, ne fût-ce que pour entraîner la conviction du médecin qui, trop souvent, fait perdre par un traitement médical inutile un temps précieux, et n'envoie le malade au chirurgien que lorsqu'il n'y a plus rien à faire.

C'est que rien n'est plus difficile qu'un diagnostic précoce; et souvent une lésion d'une extrême gravité comme une rupture de la rate, avec hémorragie intra-abdominale considérable, ne se manifeste au début que par des symptômes vraiment peu bruyants, presque négatifs.

Nous nous sommes trouvé en présence d'un enfant qui marchait, qui souffrait à peine, dont le facies était bon, la température normale, et qui semblait atteint peu gravement. Mais le pouls était agité, il y avait une légère sensibilité du ventre, un peu de ballonnement de la région épigastrique, et la réunion de ces symptômes, dont aucun à lui seul n'eût pu commander l'intervention, décida notre conduite opératoire.

L'opéré n'avait rien à redouter d'une laparotomie en cas d'erreur et tout à craindre d'un retard apporté à l'opération. Ces con-

sidérations nous paraissent avoir leur valeur au moment où l'expectation vient de trouver de chauds défenseurs dans les plaies de l'estomac par balles de petit calibre dans les cas de suicide.

Nous avons pratiqué l'incision médiane longue qui nous paraît avantageuse pour voir non seulement la rate, mais encore le foie, les reins, et tous les viscères abdominaux. Or, il ne faut pas oublier que dans les cas analogues au nôtre, on ouvre sans savoir exactement ce qui saigne, ni le siège exact, le nombre ou la gravité des lésions. Il est donc indispensable de se donner du jour et de pouvoir inspecter tout l'abdomen. L'abord de la rate par cette incision médiane est facile, ce qui s'explique par ce fait que la rate sur le vivant qui respire est plus bas située et moins cachée sous le gril costal que sur le cadavre en état d'expiration forcée.

Nous notons la difficulté extrême que nous eûmes à réintégrer la masse intestinale. Nous avons saisi sur le vif pour ainsi dire cette paralysie intestinale prépéritonitique si bien étudiée par Lennander et Lejars dans leurs remarquables rapports sur le traitement de la péritonite au premier Congrès de la Société internationale de Chirurgie de Bruxelles en 1905. Aussi estimons-nous qu'en semblable occurrence et malgré le choc considérable résultant du traumatisme et de l'opération subséquente, on ne doit pas hésiter aussitôt l'opération terminée à administrer un drastique tout en employant le sérum à haute dose et d'une façon prolongée. Il faut avant tout réveiller de suite la contractilité de l'intestin, tout en soutenant le cœur; les deux indications nous paraissent d'égale valeur.

Enfin, sans vouloir expliquer le mécanisme de la rupture, nous croyons intéressant de signaler la chute sur le côté droit du ventre. Il semble que la rate a dû éclater, prise par contre-coup entre le gril costal inextensible et la grosse tubérosité de l'estomac, et se trouvant, grâce à ses attaches, principalement par le ligament phréno-splénique, dans l'impossibilité de fuir devant la poussée stomacale.

Je n'ai observé chez mon malade ni hypertrophie ganglionnaire, ni anémie, ni troubles psychiques parfois signalés; l'enfant à sa sortie de l'hôpital était absolument guéri et dans un état normal. Il est vrai que l'intervention est de date récente et on ne peut répondre de l'avenir. En tout cas actuellement, seule la diminution des globules blancs témoigne de la suppression de la rate chez notre opéré.

A propos de la correspondance.

M. Walther dépose sur le bureau de la Société, un travail de M. Psaltoff, intitulé : *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.* — Ce travail est renvoyé à une Commission, dont M. Walther est nommé rapporteur.

A propos du procès-verbal.

Sur la paralysie stomacale aiguë post-opératoire.

M. F. Legueu. — La communication si intéressante de notre collègue, M. Chavannaz, me fournit l'occasion de vous communiquer une observation très probante de cette complication qu'on appelle provisoirement « dilatation ou paralysie stomacale aiguë post-opératoire ». J'avais d'ailleurs l'intention de vous faire sur ce sujet, une communication, car les faits déjà signalés par M. Reynier au Congrès de chirurgie de 1903 méritent, par leur importance, de retenir l'attention.

Des raisons indépendantes de ma volonté m'avaient jusqu'alors empêché de mettre mon projet à exécution.

Vous me permettrez tout d'abord de vous rapporter dans ses grandes lignes l'observation qui m'est personnelle.

L'année dernière, je voyais une malade de trente-sept ans soignée pour des phénomènes de cystite par le Dr Marciguey : un de ses parents, le Dr Leclerc me l'adressa et je n'eus pas de peine à reconnaître l'existence d'une tuberculose rénale droite. Depuis quelques mois, les urines étaient troubles; la vessie cependant n'avait rien, l'uretère droit était très appréciable.

Il n'y avait pas de bacilles à l'examen, mais une inoculation détermina très rapidement une tuberculose au cobaye.

La séparation confirma notre diagnostic et montra l'intégrité du rein gauche, qui contenait des urines claires avec 14 grammes d'urée et 7 grammes de chlorures.

La malade était encore dans un bon état général; elle avait été toujours d'une santé délicate, elle avait à plusieurs reprises eu des crises d'entérite muco-membraneuse; elle avait un mauvais estomac, digérait mal, mais l'examen répété de ses viscères abdominaux et de ses poumons ne nous révélait rien d'anormal.

Des deux reins, le droit seul était perceptible, étant mobile et peut être un peu augmenté de volume.

L'opération eut lieu le 4 Juillet 1904, elle se fit simplement et sans incident.

Le rein était sain à sa surface : dans le parenchyme rénal, il y avait deux cavernes ouvertes dans le bassinet. L'uretère était très gros et très induré, je réséquai sa partie supérieure et fermai la plaie, en laissant un drain.

Pendant les deux premiers jours tout se passa aussi bien que possible.

Le premier soir la température était à 36°8, et le pouls à 80.

Il y eut 700 grammes d'urine presque claire.

Le lendemain mardi, et le surlendemain mercredi, je ne remarquai rien d'anormal : la température fut le matin de 37°5 et le soir de 38°2. C'était un peu plus qu'il ne convenait, mais le pouls était bon, à 96; la malade était calme, ne vomissait pas. Le mercredi un purgatif avait été donné, une demi-cuillerée d'huile de ricin et avait donné peu de résultat : les urines avaient été abondantes, 800 grammes le matin.

Le mercredi elles ne furent pas gardées.

Quoi qu'il en soit, je retenais de ces trois premiers jours une excellente impression, et rien n'annonçait les accidents que j'allais voir se dérouler le lendemain.

Le jeudi 7, je devais enlever le drain; en venant près de la malade pour faire son pansement, j'appris qu'elle avait passé une mauvaise nuit, qu'elle avait été agitée. Et, de fait, elle me paraissait anxieuse, avec un peu de dyspnée; sa température était à 37°8, mais son pouls était à 120.

Je défais le pansement : je suis frappé par un développement considérable de l'abdomen. La plaie est en très bon état : mais le ventre est absolument distendu et fait une grosse saillie sous le pansement, saillie d'autant plus évidente que cette malade était très maigre, et que son ventre était jusqu'alors très plat.

Je me demandai un moment le pourquoi de cette extension : il n'y avait pas eu de déchirure du péritoine, la malade n'avait pas vomi, elle avait été à la selle.

Il me sembla que le ballonnement du ventre était très uni, très lisse, et que la fosse iliaque droite était respectée. Il y avait comme un bord concave à droite. J'eus tout de suite l'impression qu'il s'agissait d'une distension de l'estomac, et cette impression devint une conviction lorsque mettant la main sur cette grosse tumeur, je provoquai jusqu'au niveau du pubis un clapotement que je trouvais jusqu'au niveau de l'estomac.

Il n'y avait donc aucun doute, j'étais en présence d'une énorme dilatation de l'estomac.

Je pris un tube de Faucher et pratiquai de suite le tubage, je retirai ainsi deux litres et demi d'un liquide noir et horriblement fétide. Le ventre devint plat; la malade fut immédiatement soulagée. Elle fut par précaution laissée à la diète absolue.

Le soir, la température était à 39°5 ; le pansement est à nouveau défait, et nous retrouvons la même dilatation de l'estomac en cornemuse. Nouveau tubage, qui permet de retirer un litre 500 du même liquide noir. Nous faisons en même temps un lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy.

On fait aussi une injection de sérum de 1 litre. On donne quelques piqûres d'huile camphrée ; 0,50 de caféine.

Les urines sont toujours abondantes et très belles; le rein gauche fonctionne très bien.

Le vendredi 8, la nuit est assez bonne; le pouls est à 130, la température à 38°3. Nouveau sondage qui retire 1 litre de liquide.

Le soir, température 39 degrés; pouls, 134.

Nouveau sondage qui donne 1 litre environ de liquide toujours fétide. On a bien l'impression d'ailleurs qu'on ne parvient pas à débarrasser complètement l'estomac; le clapotage persiste même après l'évacuation. Et dans l'intervalle des sondages, l'estomac se remplit bien que la malade ne prenne aucune goutte de liquide.

Le samedi 9, la nuit a été excellente : température, 38°5; pouls, 130, mais la langue est sèche, l'odeur d'acétone est très prononcée.

L'estomac est encore dilaté et tendu : on retire un litre du même liquide.

Dans la journée, se produit une diarrhée extrêmement abondante et fétide qui va se poursuivre pendant toute la nuit.

Soir, température, 39°7; pouls, 130 état prononcé de fatigue.

La dimanche, 10 juillet, température, 39°4. Pouls incomptable. La malade meurt à trois heures avec une plaie guérie par première intention, un estomac toujours distendu et sans avoir eu un seul vomissement.

Je puis vous communiquer un autre fait aussi intéressant, que je dois au professeur Bockardt (de Berlin). Par beaucoup de points, son observation se rapproche de la mienne.

Il s'agit d'une femme qui depuis l'âge de huit ans se plaint de douleurs vagues sans significations particulières.

Dans le milieu du mois d'octobre 1902, les douleurs deviennent assez vives pour forcer la malade à rester au lit, elles sont mal localisées.

Le médecin traitant constate un rein mobile à droite et envoie la malade à la clinique. A l'entrée, nous constatons en effet un rein droit mobile, très sensible et un peu augmenté de volume.

Le 10 avril 1904 : opération. Incision lombaire, mise à nu du rein. Le péritoine est ouvert sur une longueur de 4 centimètres à la partie inférieure de la plaie : la brèche est suturée aussitôt par quatre points de suture. La capsule du rein est incisée, cinq points de suture sont appliqués entre les deux lèvres de la plaie et le parenchyme rénal. Pansement.

Le lendemain, l'état est favorable. Température 37°3. Une abondante

quantité d'urine a été émise, 400 grammes sans sang. Pas de vomissements.

Le 12, le matin, très bon état; dans l'après-midi, à cinq heures, une aggravation subite se produit avec des vomissements bilieux abondants. Le soir, à 8 heures, le pouls est à 140, le facies hypertrophié. Des douleurs sont ressenties par tout le corps; il y a eu dans les vingt-quatre heures 100 grammes seulement d'urine émise.

Le pansement est aussitôt défait, les sutures sont enlevées. La plaie du péritoine est ouverte et élargie. Nulle part, il n'y a de trace d'une infection. On voit seulement une grosse poche qui remplit l'abdomen, sans qu'on puisse préciser davantage. L'abdomen est ouvert sur la ligne médiane. Toute la cavité abdominale jusqu'au pubis est remplie par un estomac considérablement distendu; la dilatation et la distension se prolongent jusque dans la région lombaire droite sur le duodénum.

L'intestin grêle est vide.

Les tentatives faites pour vider l'estomac sont sans résultat.

Malgré la rapidité de ces manœuvres, le pouls est petit, l'état grave. Sous l'influence d'injections de sérum et de camphre, le pouls se remonte. On peut alors retirer de l'estomac par la bouche une grande quantité (1/3 d'un seau) de liquide biliaire.

Le 13, le pouls s'est remonté, au point que l'on peut espérer la guérison.

Pas de vomissement.

Mais dans l'après-midi l'état s'aggrave et la malade meurt à 3 h. 1/2.

A l'ouverture du ventre, on ne voit qu'un estomac à demi rempli et qui descend de l'appendice xiphoïde à la symphyse; l'estomac est vertical, de sorte que le pylore longe la ligne innominée droite. Le contour de la grande courbure mesure 65 centimètres de long. Le duodénum à droite participe à la dilatation dans sa première portion.

Une fois l'estomac enlevé, on voit le côlon réduit aux dimensions d'un crayon, et tout l'intestin grêle aplati, tombé dans la cavité pelvienne.

Aucune marque d'étranglement en aucun point.

Aucune trace de péritonite.

Des faits de ce genre, comme quelques-uns de ceux observés par M. Reynier, sont très importants, parce qu'ils établissent bien la réalité d'une complication particulière aux traumatismes, nouvelle, si je puis dire, c'est-à-dire indépendante des phénomènes d'infection et d'irritation péritonéale qui font suite quelquefois aux opérations abdominales. Depuis longtemps, nous connaisons l'utilité du lavage de l'estomac chez les opérés qui vomissent à la suite des laparotomies et chez ceux qui ont de l'occlusion intestinale. Mais ces accidents sont le plus souvent dus à une péritonite, à une septicémie péritonéale qui entraîne la paralysie de l'intestin et le réflexe dans l'estomac dilaté ou non du trop-plein de l'intestin.

Les faits dont nous rapportons des exemples sont d'un autre genre : ils sont complètement indépendants d'une inflammation péritonéale, puisqu'il s'agit d'opérations extrapéritonéales, et ils établissent donc d'une façon péremptoire l'existence d'une complication grave de nos opérations abdomino-pelviennes, d'une complication susceptible d'entraîner la mort, et dont la pathogénie relève d'une influence exclusivement nerveuse, d'une excitation du plexus solaire et des splanchniques, et dans laquelle, en tout cas, l'infection ne joue aucun rôle ou seulement un rôle accessoire et minime.

Braun, qui a observé cinq fois cette dilatation stomacale aiguë post-opératoire, a réalisé sur le chien des expériences. Sur le chien, la dilatation aiguë forcée ne peut se réaliser que si le chien est endormi au chloroforme, ou que l'on a, au préalable, pratiqué la section des deux pneumogastriques.

C'est donc vraisemblablement par excitation du splanchnique que se réalise, comme dans les expériences de Chauveau, de Marey, de Honckgeest, de Battelli, de Courtade et Guyon, cet abaissement du tonus de l'estomac, et, consécutivement, la paralysie.

Si les faits dont je viens de parler permettent de démontrer l'existence, avec tous ses caractères et toute sa gravité, de la complication dont je parle, ils viennent aussi éclairer de leur lumière des accidents plus légers, et que leur légèreté même empêcherait de définir et de caractériser.

J'ai opéré l'année dernière un malade, deux fois successivement, pour des calculs dans les deux reins : à la suite de la première opération, simple et correcte, il fut pris, au troisième jour de troubles vagues, d'un malaise inexprimable, alors qu'il avait des selles régulières, qu'il ne vomissait pas, que sa température était normale. Son pansement était toujours serré au niveau de l'estomac, et là se voyait un gros ballonnement. Je dois dire que je ne prêtais à ces malaises aucune importance, et je n'y attachais aucune gravité parce que, chez ce malade, toutes les fonctions étaient normales et régulières. Et cependant un soir, dans la nuit, on vient me chercher; le malaise était arrivé à son maximum, il y avait de l'agitation, un pouls rapide à 100. Pendant que je me demandais ce qui se passait, et que je commençais à m'inquiéter, ce malade vomit devant moi, en une fois, une pleine cuvette de matières liquides noires. Dès lors, il fut complètement soulagé, et reprit le lendemain sa convalescence un moment ininterrompue ou troublée.

Mais ce qui est plus curieux, c'est que je dus, quelques mois plus tard, réopérer ce malade de l'autre côté. Et cette fois encore,

il eut des accidents bizarres. Alors que les deux premiers jours, tout s'était bien passé, le troisième jour, au milieu d'un certain malaise inexprimable, le pouls s'éleva à 120, 130, près de 140.

Instruit par la première opération, ne trouvant pas de quoi expliquer ces troubles, je fis un sondage de l'estomac : je ramenai une certaine quantité de liquide, et instantanément le malaise disparut, et le lendemain le pouls était normal.

Je ne cite cet exemple que parce qu'il s'agit d'opérations rénales, c'est-à-dire *extrapéritonéales* ; elles démontrent que l'action sur le plexus solaire est indéniable et plus fréquente qu'on ne le croit, qu'on ne le sait ou qu'on ne le dit. Elles démontrent que ces complications dont le type le plus accentué est la dilatation stomacale aiguë post-opératoire, doivent entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit pour nous de rechercher la pàthogénie d'accidents bizarres.

Il faut surtout les prévoir, les deviner derrière le syndrome solaire qui les traduit à nos yeux, même quand il n'y a pas de vomissements comme dans mon observation, et y apporter aussi rapidement que possible le remède, c'est-à-dire l'évacuation de l'estomac à la sonde.

M. Paul Reynier. — Je tiens à remercier M. Chavannaz de nous avoir envoyé ces deux très intéressantes observations de dilatations aiguës post-opératoires de l'estomac, et d'avoir ainsi attiré de nouveau l'attention sur cette complication de nos interventions abdominales, voire même comme j'en ai cité des exemples, et comme M. Legueu vient de nous en rapporter une remarquable observation, d'interventions *juxta-abdominales*.

Nous retrouvons dans les observations de M Chavannaz toute la symptomatologie de ces dilatations, telle que je l'ai exposée; en même temps que grâce à elles nous en établissons le diagnostic, nous pouvons en voir le danger, si on n'a pas recours à la seule thérapeutique à mettre en jeu, le lavage de l'estomac *fait à temps*.

La première malade de M. Chavannaz est morte, en effet, faute que la dilatation avait été méconnue, comme était morte la première malade que j'avais observée, et dont la mort m'a ouvert les yeux et fait connaître la nature de ces accidents.

Sa seconde malade, par contre, a été sauvée parce qu'il a reconnu rapidement cette dilatation, et qu'il a pratiqué le lavage. En effet, ayant entre les mains ce moyen souverain pour faire arrêter tout vomissement, vous ne devez pas craindre d'y avoir recours dès que vous voyez la malade avoir, après quarante-huit heures, un pouls précipité, un facies qui prend l'aspect péritonéal, un bal-

lonnement de la région épigastrique, et le tout survenant souvent sans vomissements, ou précédé seulement d'un état nauséeux, quelquefois de hoquet, d'un peu d'expectoration noirâtre; mais, je le répète, ces expectorations peuvent manquer, et le ballonnement seul de la région épigastrique est le symptôme de la plénitude de l'estomac.

Ne craignez pas de faire passer le tube Faucher la malade allongée, parût-elle très faible; en ne forçant pas, en ayant la patience de bien expliquer à la malade comment elle doit avaler ce tube, et quel soulagement elle doit en avoir, cette opération se fera facilement; je n'ai jamais vu d'accident en résulter; mais nombreux sont les cas, au contraire, où ce lavage a été suivi d'une véritable résurrection. Grâce à lui, les vomissements s'arrêtent, la tension du pouls remonte, il devient moins fréquent, le facies change. Dès qu'il est fait, le malade accuse du mieux et vous remercie et, le lendemain, vous trouvez une femme ou un homme qui vous déclare, la joie dans l'œil, qu'il va bien.

Ceux qui ont assisté dans mon service à ces effets du lavage n'hésitent plus à m'imiter et, à l'heure actuelle, je n'ai plus besoin de le dire à mes internes, voire même à ma surveillante, qui pratique au besoin ce lavage comme elle ferait une piqûre de morphine.

Voici toute une liste de malades que je fais relever sur le cahier.

Obs I. — B..., *Laparotomie pour fibrome.* — Opérée le 18 janvier 1905. Vomissements noirs le 20 janvier. N'ayant pas eu de vomissements chloroformiques. Le facies redevient bon, le pouls tombe à 112. Lavage de l'estomac; est immédiatement soulagée. Facies péritonéal. Pouls 140. On lui retire une cuvette de ce liquide jus de pruneaux foncé; le lendemain, elle prenait du lait, et, tout malaise ayant disparu, entrait franchement en voie de guérison.

Obs. II. — B... *Laparotomie pour utérus fibromateux et salpingite double.* — Le 19 octobre 1905. Le 22 octobre, pouls, 120; température, 38°6. Expectoration noirâtre. Passage du tube Fauche dans l'estomac, on retire une cuvette de ce liquide marc de café très fétide. La malade se sent soulagée. Le soir le pouls était à 100. Le facies avait changé et la température était descendue à 38. Cette malade commençait à se nourrir le lendemain, et elle a guéri de son opération.

Obs. III. — M..., *Hystérectomie vaginale.* — Hoquet et ballonnement de la région épigastrique, lavage de l'estomac. On retire un peu de ce liquide noirâtre, la malade est aussitôt soulagée; les suites opératoires ont été ensuite normales.

Obs. IV. — Sth... Le 15 Juillet entrée pour une péritonite puerpérale débutante. Curettage le jour même. Elle vomissait le lendemain, avait du ballonnement de la région épigastrique, lavage de l'estomac. On retire de la bile légèrement noirâtre. La malade, immédiatement soulagée, ne vomit plus, et l'application de glace aidant, nous arrivons à la sauver.

Obs. V. — M. C..., trente-neuf ans. Grosse hernie ombilicale étranglée chez une femme obèse. Opération le 20 octobre.

A la suite de cette opération, la malade se met à tousser, fait un peu de congestion pulmonaire, je lui fais mettre des cataplasmes sinapisés. Mais le troisième jour, cette malade qui n'avait pas vomi, a des expectorations noirâtres, son facies change. Le pouls était à 120. Je lui fais faire un lavage de l'estomac qui ramène une demi-cuvette de liquide noir. La malade se trouve immédiatement soulagée. Le lendemain, elle me recevait en me disant qu'elle allait bien. Sa température baissait. Elle avait été la veille à la garde-robe avec un lavement. Elle a guéri sans suppuration.

Ces cas sont d'ailleurs beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit.

Il est rare de trouver ces énormes dilatations stomacales allant, comme dans l'observation de M. Chavannaz, comme dans celle de M. Legueu, comme dans une des miennes, jusqu'au pubis.

Mais on voit bien des malades ayant après nos opérations un certain degré de parésie stomacale. Quelques-unes après sept ou huit jours de malaise, de vomissements, guérissent toutes seules avec la diète. Mais beaucoup d'autres meurent dans un grand vomissement final, et on met alors la mort sur le compte d'une péritonite par infection qui n'existait pas, et on aurait guéri les accidents si on avait fait ce lavage précoce de l'estomac.

Celles qui peuvent guérir spontanément voient par cette pratique leurs malaises s'arrêter rapidement.

Soit dit en passant, il en sera de même chez ces femmes qui ont des vomissements bilieux incessants et durables, et pour lesquels on a proposé bien des remèdes plus ou moins efficaces, lorsque le lavage de l'estomac arrête immédiatement et sûrement ces vomissements.

Ce n'est pas seulement après les opérations que ce lavage de l'estomac peut rendre des services, mais encore dans les péritonites franches ou par le fait de l'infection se produit alors la dilatation de l'estomac. Comme l'intestin se paralyse, par ce lavage vous arrêterez les vomissements soi-disant fécaloïdes. Vous soulagerez les malades, et aiderez à l'action de la glace.

Voici deux exemples qui peuvent vous convaincre; observations que j'ai déjà citées ailleurs, mais qui méritent de vous être signalées.

J'avais été appelé, un jeudi à midi, pour voir un enfant de douze ans, qui, un mois auparavant, avait eu une crise d'appendicite, qui l'avait tenu quinze jours au lit. Au bout de ce temps, on n'avait pas cru devoir le faire opérer, et on l'avait envoyé à la campagne. Là, l'enfant faisait de la bicyclette, et mangeait copieusement pour se rattraper des jours de diète qu'on lui avait fait subir.

Le dimanche qui précédait le jour où je le vis, après une grande course à bicyclette, il était rentré se plaignant de mal de ventre. Malgré cela, il se mettait à table et mangeait.

A la fin du dîner, il vomissait. Sa mère crut devoir le purger de suite, mais il vomit sa purge. Le lendemain, on le ramenait en voiture, de Chelles à Paris. Arrivé chez lui, il continua à vomir; sa mère lui redonna une seconde purgation, et un lavement.

Elle appelle alors son médecin, qui le met à la diète alimentaire, lui permettant le champagne, l'eau, et des morceaux de glace.

Le mardi, le malade, continuant à vomir, on lui redonne 50 centigrammes de calomel, qu'il vomit probablement, ainsi que du lait écrémé qu'il essaya de prendre.

Le mercredi, on tenta de nouveau de lui redonner du calomel. Malgré le traitement purgatif, qui aurait fait plaisir à quelques-uns de nos maîtres, les vomissements continuent. Mais, de bilieux, ils deviennent fécaloïdes.

Et quand je le vis le jeudi, cinquième jour de la maladie, je trouvai cet enfant vomissant à pleine cuvette des matières fécaloïdes.

Le ventre était ballonné, les anses intestinales se dessinaient sous la peau, le pouls était à 124, la température à 36°4, le facies était franchement péritonéal, le malade n'avait eu aucune selle.

Je le fis transporter de suite à la maison de santé, où il arrivait à 3 heures. Sa température, prise à ce moment (rectale), donnait 36 degrés.

Immédiatement, on lui appliquait, à la place de la petite vessie qu'il avait, une large vessie de glace couvrant tout le ventre. Je lui faisais donner une injection de sérum de 1.200 grammes et une injection de caféine. A 5 heures, le voyant vomir toujours, je lui faisais un lavage de l'estomac, remède merveilleux que je ne cesse de recommander pour arrêter ces vomissements et combattre la paralysie stomacale. En effet, le lavage fait, le petit malade cessa de vomir. Le pouls qui, avant le passage de la sonde, était à 140, redescendait à 110, l'estomac étant vide. Température, 36°5. Je faisais suivre ce lavage d'une injection de sulfate de strychnine d'un milligramme.

Le lendemain matin, le malade n'avait pas vomi. Mais il avait les extrémités froides, violacées, un pouls à 140, petit, dépressible; la température à 36 degrés, rectale; le ventre toujours ballonné, et les intestins, se déprimant sous la peau, paraissaient toutefois un peu plus souples. Je lui faisais refaire une injection de sérum et, comme il souf-

frait, une injection de morphine, en ordonnant des piqûres d'huile camphrée toutes les heures, s'il le fallait, ou mieux dès qu'on sentirait le pouls baisser. A midi, on me téléphonait que le pouls se sentait à peine. Je revenais, et, en effet, je ne pus compter le pouls qui, par moment, disparaissait. Je lui refis faire une nouvelle injection de sérum et je lui fis redonner une injection de strychnine, pendant qu'on donnait de l'oxygène à respirer. Sous l'influence de 2 milligrammes de strychnine, le pouls reparaissait, et, à 4 heures du soir, je retrouvais le malade mieux. Il avait rendu un gaz. Il ne souffrait plus du ventre. Il n'avait plus vomi depuis mon lavage d'estomac.

Je fis continuer les injections d'huile camphrée. Le lendemain samedi, le mieux s'accentuait, et, le dimanche, il était tiré d'affaire. Un mois après, je l'opérais à froid et ne trouvais qu'un appendice adhérent, contenant des matières fécales et du pus, mais pas trace d'abcès péri-appendiculaire.

En voulez-vous encore un exemple, dont M. le Dr Ricoux a été témoin.

Ici, il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans qui avait été pris de symptômes d'appendicite à Amiens. Là, il avait vu un médecin qui lui avait conseillé une purgation; sous l'influence de cette purgation il s'était mis à vomir. Malgré ces vomissements le malade, au deuxième jour de la crise, avait pris le train, était arrivé à la gare du Nord d'où il s'était fait conduire à Neuilly chez ses parents. C'est là que je le vis à 11 heures du soir. Je le trouvai avec le facies péritonéal, le ventre ballonné, le pouls petit, filant, marquant 130. Je le mis à la diète absolue de liquide et d'aliments, et lui fis appliquer une grande vessie de glace sur le ventre.

Le lendemain matin, les symptômes s'aggravant, je le faisais transporter à la maison de santé. Là on continua le traitement. Quand je le vis le soir à 5 heures (c'était un dimanche), je trouvai le malade commençant à expectorer des matières noirâtres.

Je faisais alors immédiatement, avec mon ami, M. Loiseau, très expert dans ces cathétérismes, un lavage de l'estomac, qui retirait un litre de ces matières noirâtres. Immédiatement, le malade se trouvait soulagé; le pouls, de 120 qu'il était, revenait à 100, et le facies devenait meilleur.

Le lendemain matin, le malade paraissait si bien que je chantais déjà victoire. Mais le soir, la région stomacale de nouveau se ballonnait, faisant un contraste avec la partie inférieure du ventre, qui, sous l'influence de la glace, s'aplatissait. Il semblait donc que l'inflammation péritonéale se propageait aux parties supérieures de l'abdomen. En même temps le malade se remettait à vomir, le lendemain mardi. Cependant la température qui à l'entrée était de 40 degrés, le lendemain de 39°8 et 39°9 le soir, avait baissé, et n'était plus qu'à 38°2. Devant ces vomissements incessants qui avaient reparu, je pratiquai, le lendemain mercredi, un nouveau lavage de l'estomac qui, cette fois, ne ramenait que de la bile. A la suite de ce lavage les vomissements s'ar-

rêtèrent et, le jeudi matin, le malade entrait en pleine convalescence, la température descendait à 37°4 et tout symptôme inquiétant disparaissait. Toutefois, la glace était continuée jusqu'au trentième jour, et j'opérai mon malade à cette époque.

Tous ces faits vous montrent combien grand est le rôle joué dans les inflammations péritonéales par ces paralysies stomacales venant plus ou moins rapidement suivant la sensibilité des gens, suivant l'excitabilité de leurs réflexes.

C'est à ces paralysies stomacales que sont dus les principaux symptômes du début, que nous voyons dans la péritonite. Ce sont ces paralysies stomacales qui, par leur retentissement sur le cœur, ainsi que je l'ai démontré par des expériences dont j'ai parlé à l'Académie, tuent en diminuant la tension artérielle.

Or de même que je rappelais à la vie un chien, dont en remplissant l'estomac fermé à ses deux extrémités, j'avais fait baisser la tension artérielle jusqu'à la syncope, en me contentant de vider l'estomac; de même je rappelle à la vie des malades en arrêtant, par évacuation de l'estomac, les réflexes stomacaux qui peuvent à eux seuls amener rapidement la mort.

Cette évacuation de l'estomac me donne, de plus, le temps d'agir sur l'élément infectieux par la glace, d'en arrêter la généralisation, et de le localiser, si je n'arrive complètement à la guérison.

Il me reste maintenant à étudier l'étiologie de ces dilatations stomacales. Comme je l'ai fait remarquer dans mon premier mémoire : pour que ces dilatations stomacales se produisent, il faut un tempérament spécial.

Ce sont les femmes nerveuses à tissu mou, celles qui sont sujettes aux ptoses, les ptosiques comme je les ai appelées, qui sont plus prédisposées que d'autres à ces accidents post-opératoires.

Le rôle du système nerveux est indéniable. Il a été prouvé par la première observation que j'ai donnée d'une dilatation survenant à la suite d'une néphropexie, sans qu'on put incriminer aucune infection du péritoine. M. Legueu vient de nous rapporter deux observations identiques. On est bien obligé d'admettre que dans ces cas l'estomac se paralyse, comme la vessie se paralyse à la suite d'une dilatation anale par action réflexe.

Comme le suppose M. Legueu, ces dilatations survenant dans ces conditions, doivent tenir à une irritation des nerfs du plexus solaire, comme dans les dilatations anales la vessie se paralyse à cause de l'irritation du plexus hypogastrique.

Mais il faut reconnaître que dans un grand nombre de cas l'infection peut être incriminée, trouvant dans un système ner-

veux plus ou moins excitable, l'adjuvant nécessaire pour provoquer ces paralysies réflexes.

Les observations que je vous ai citées, sont là pour le prouver.

Ce sont là les conclusions auxquelles je m'étais arrêté dans mon premier mémoire.

Mais poursuivant mes recherches, j'arrive à ajouter à ces prédispositions des troubles stomacaux antérieurs.

Sur l'instigation de M. Bardet qui avait été frappé de la description que j'avais faite de ces vomissements, et qui m'avait demandé si j'avais fait l'analyse du chimisme stomacal de ces estomacs, j'ai fait l'analyse de ces vomissements noirs, et plus tard du suc gastrique de mes malades.

Or, mes recherches ont confirmé ce qu'avait pensé M. Bardet. Celui-ci, en effet, avait été frappé de la ressemblance qui existai entre le liquide rejeté par mes malades, ou qu'on trouve dans les estomacs distendus comme celui de l'observation de M. Chavasse, avec le liquide évacué par les sujets qui se trouvent en pleine crise de gastroxynsis. En effet, dans ces crises liées à l'hyperchlorhydrie, les malades commencent à rejeter un liquide très acide, d'abord clair, puis grisâtre, et si la crise se prolonge, la coloration s'accentue, devient noirâtre, à ce point que des médecins non prévenus ont pu confondre ces vomissements avec des vomissements noirs de cancéreux.

Si on examine cliniquement le liquide, on constate que l'acidité a diminué et qu'il s'y trouve dissous une grande quantité d'albuminoïde. Dans ces cas-là, l'estomac saigne et transsude du sang qui se combine avec l'acide. On trouve alors des acidalbumines.

Or, M. Bardet se demandait si sous l'effet du choc opératoire, de l'action du chloroforme, mes malades ne faisaient pas un accès formidable de gastroxynsis.

Or, les analyses que j'ai faites semblent confirmer cette manière de voir.

Dans les antécédents des malades qui ont des vomissements noirs, existent des symptômes d'hyperchlorhydrie. Mais, de plus, si on examine, comme je l'ai fait, plusieurs mois après leur estomac, l'analyse montre encore qu'ils sont des hyperchlorhydriques.

Ainsi voici l'observation d'une malade opérée par M. Savariaud d'un fibrome, le 18 janvier 1905 ; le 20, la malade ayant un facies péritonéal, expectorant des matières noirâtres, on lui fait un lavage d'estomac, et on retire une cuvette de ce liquide noirâtre jus de pruneaux. Immédiatement, la malade est très soulagée, le facies revient, et le lendemain la malade paraissait tirée d'affaire. Elle guérissait de cette operation. Elle revient trois mois après présentant un néoplasme du sein. Je lui fait faire l'analyse

du suc gastrique après un repas d'épreuve, et voici l'analyse que j'ai eue :

		Normale.	
A.	91	189	Acidité totale.
T.	383	321	Chlore totale.
F.	219	109	Acide chlorhydrique lié aux bases.
C.	146	168	Chlore organique avec matières albuminoïdes.
H.	18	44	Acide chlorhydrique libre.
α	0.50	0.86	Rapport, etc.

Donc légère hyperchlorhydrie.

Voici une autre malade que j'opérais d'un fibrome le 11 novembre. Le soir, la température montait à 38°4. Le lendemain matin à 39°4. On lui défait le pansement et on fait l'aspiration des drains, on retire du sang, la température tombe à 38°9. Le lendemain matin, même température, mais la malade a des envies de vomir, elle a du ballonnement de la région hypogastrique. Je fais faire un lavage d'estomac qui ramène une cuvette de liquide noirâtre. A la suite, la malade est mieux. Le soir, elle n'avait plus que 38 degrés. Et aujourd'hui elle va bien.

Or, je fais faire l'examen de ce liquide noirâtre que j'avais retiré de l'estomac, et voici ce que me donne cette analyse :

		Normale.
A.	127	189
T.	383	321
H.	0	44
F.	146	109
C.	237	168
α.	$\frac{A - M}{C} = 0,53$	0,86

Dans cette analyse, l'acide chlorhydrique libre a disparu et s'est combiné comme le supposait M. Bardet aux albuminates.

Nous avons donc encore là un examen en faveur de l'hyperchlorhydrie.

Je dois continuer ces recherches ; je crois, toutefois, pouvoir conclure de ces premières observations que l'hyperchlorhydrie liée à un tempérament nerveux prédispose à ces troubles post-opératoires qui peuvent exister sans infection, mais ou l'infection souvent joue le rôle provocateur.

Je termine en faisant remarquer à propos de l'observation de M. Legueu, que le lavage de l'estomac n'arrête les accidents que s'il est pratiqué de bonne heure. Si on tarde trop, et si on n'intervient lorsque l'estomac est distendu outre mesure, comme

dans l'observation de M. Legueu, ou qu'il descend jusqu'au pubis, comme dans ma première observation, on a beau évacuer l'estomac, la contractilité de celui-ci a disparu, il ne revient pas sur lui-même, il se laisse de nouveau remplir et les accidents reparaissent, comme dans les cas de rétention d'urine, où on intervient lorsque la vessie est surdistendue.

Dans ces cas de dilatations énormes de l'estomac, la gastro-entérostomie s'impose. Sur ma première malade j'avais tenté de la faire, malheureusement *in-extremis*, et ma malade mourait deux heures après n'ayant pas supporté le shock opératoire, mais me laissant l'impression que je l'aurais sauvée, si je l'avais faite deux jours plus tôt lorsque j'avais reconnu, malheureusement tardivement, l'énorme dilatation stomacale.

M. Routier. — J'ai écouté avec intérêt la communication de MM. Legueu et Reynier; comme eux, j'ai eu de ces cas qu'ils appellent dilatations aiguë de l'estomac, comme eux je les ai traités par le lavage stomacal et comme eux j'ai eu des succès et des insuccès.

Mais où je diffère absolument d'avis avec mes collègues, c'est à propos de la pathogénie.

Je crois que cette dilatation aiguë de l'estomac suivie de cette hypersécrétion grise ou noire sont dues à la septicémie.

J'ai eu il y a quatorze ou quinze ans un cas d'appendicite aiguë opéré dans de très mauvaises circonstances; douze heures après, ce malade se ballonnait, vomissait noir; j'eus l'avantage de le guérir par le lavage d'estomac; il n'en est pas moins vrai que mon malade avait eu de la septicémie; j'ai eu la chance de le guérir.

Remarquez, je vous prie, en tous cas, que ces dilatations aiguës de l'estomac ne se voient qu'après des opérations abdominales. Je ne puis m'empêcher de vous rappeler à ce sujet ce qui a été dit autrefois ici, alors qu'on était moins habitué aux laparotomies et où on avait décrit la parésie intestinale comme épiphénomène des opérations : Je dis, à cette époque, c'est de la septicémie ou de la péritonite, et les événements ont confirmé cette manière de voir.

M. Walther. — Je tiens à appuyer ce que vient de dire mon ami M. Routier.

Dans les communications de nos collègues Reynier et Legueu, en réponse à celle de M. Chavannaz, il y a deux questions bien distinctes : l'une de clinique, de pratique, l'autre d'interprétation de pathogénie.

Sur la première question, je suis absolument d'accord avec nos collègues. Je suis tellement convaincu de l'efficacité du lavage de

l'estomac chaque fois que la distension gastrique amène des troubles de compression, des troubles cardiaques, chaque fois même simplement que l'estomac est rempli d'une notable quantité de liquide au cours des infections abdominales, que je fais faire couramment, presque régulièrement, le lavage de l'estomac à tous les malades atteints de rétention gastrique quelle qu'en soit la cause. Et ceci n'est pas une pratique bien nouvelle. Je me souviens qu'il y a fort longtemps, j'étais encore interne, je crois, M. le professeur Bouchard a fait une communication sur les bons résultats fournis par le lavage de l'estomac dans certains cas d'occlusion intestinale. A cette époque, nous connaissions très mal les infections abdominales, et un grand nombre de péritonites, de septicémies péritonéales rentraient dans ce groupe confus des occlusions. Ce qui guérissait par le lavage de l'estomac, c'était un certain nombre d'infections abdominales s'accompagnant de phénomènes apparents d'occlusion.

Je n'ai jamais cessé depuis ce temps d'employer d'une façon régulière le lavage de l'estomac et j'en ai obtenu de tels résultats, que je le continuerai toujours. Outre le soulagement immédiat qu'il procure au malade, en faisant disparaître cette tension si pénible, il a aussi une grande influence sur l'état général en débarrassant l'estomac de cette quantité de liquide toxique lui-même.

Donc, sur ce premier point, je crois que tous les chirurgiens sont depuis longtemps d'accord.

Reste la question de pathogénie de cette dilatation de l'estomac. Ici, je crois, comme Routier, qu'il faut en chercher la cause dans une infection; péritonite, septicémie péritonéale, infection intestinale, etc. Je l'ai toujours vue chez des malades atteints d'une infection plus ou moins grave et je ne pense pas qu'il faille en faire une affection spéciale.

Dans les observations de nos collègues, il semble qu'on trouve là une sorte d'entité pathologique, une complication d'ordre tout spécial, indépendante de tout état infectieux et je crois qu'il s'agit tout simplement de l'exagération de cette parésie de l'estomac que nous voyons dans les infections. Elle peut être plus facile chez certains sujets qui ont, par suite d'une affection antérieure, un estomac dilaté, un estomac en rétention; mais il me semble exagéré de décrire là une complication nouvelle.

M. Terrier. — Je suis complètement de l'avis de M. Walther. Or, il y a dans la communication de M. Reynier un fait connu, c'est que, quand l'estomac est plein, il faut le vider et le laver quelle que soit la théorie qu'on invoque.

Le soulagement se fera sentir dans un certain nombre de

cas. Quant à la question d'interprétation, je la laisse entièrement aux physiologistes.

M. F. Legueu. — Je suis d'autant moins étonné des critiques qui sont adressées à l'interprétation des accidents, que j'ai données, que je les ai moi-même partagées. Et avant d'observer le cas qui m'est personnel, je pensais moi-même qu'il s'agissait de septicémie.

Dans cette question, il y a en effet deux choses : il y a des paralysies stomacales consécutives à la péritonite, nous les connaissons tous, et M. Reynier a tort de parler à nouveau de ces faits et de les confondre avec ceux dont je veux parler.

Il y a en plus d'autres paralysies indépendantes de l'infection ; et pour le prouver, il nous faudrait utiliser seulement les opérations extra-péritonéales. Dans les cas comme ceux dont je viens de parler, il est très difficile d'admettre que l'infection y soit pour quelque chose. Il faudrait en tout cas le prouver. Et jusque-là je pense que la dilatation stomacale aiguë post-opératoire est une complication rare de nos opérations juxta-abdominales et qu'elle relève d'une influence nerveuse et dans laquelle l'infection ne joue qu'un rôle nul ou insignifiant.

M. Pierre Delbet. — J'ai été vivement frappé des faits signalés par M. Reynier. Ils ont vraiment une physionomie très spéciale. Mon ami Routier veut les attribuer à la septicémie. Mais personne ne les a jamais vus chez les vrais septicémiques. Ils ne se produisent pas chez les malades qui font de la septicémie à la suite de plaies du pied, de phlegmons de la main, d'ostéomyélites. Il faudrait donc ajouter au mot septicémie un qualificatif.

Est-ce de septicémie péritonéale qu'on veut parler ? Mais alors ce serait une septicémie qui n'aurait aucun autre symptôme, car il n'y a pas dans ces cas la moindre élévation de température, et qui guérirait parfois sous l'influence d'une simple évacuation de l'estomac. Ce serait bien extraordinaire.

Je ne veux pas entrer plus avant dans la pathogénie fort obscure de ces accidents, mais leur réalité, leur particularité me semblent indiscutables. Et ce qui me semble le plus caractéristique, c'est le vomissement. Vomissement n'est pas le mot qui convient, c'est une sorte de régurgitation. Avec une certaine fréquence, à des intervalles de quelques minutes parfois, sans aucune espèce d'efforts, les malades rejettent une gorgée de liquide noirâtre.

Je n'ai observé ces phénomènes que deux fois, et deux fois à la suite de gastro-entéroctomie.

Dans une discussion qui a eu lieu ici, je disais que les accidents attribués au circulus viciosus à la suite de gastro-entérostomie

n'étaient pas toujours dus à cette cause, — et je m'appuyais sur l'observation d'un malade qui a présenté des régurgitations fréquentes de ce liquide noirâtre. Les analyses faites à diverses reprises des matières vomies ont montré qu'elles ne contenaient pas de bile. L'absence de bile rendait bien improbable le circulus viciosus. Néanmoins, je rouvris le ventre du malade et je fis une large anastomose entre la première anse du jéjunum (au-dessus de l'anastomose gastrique) et une anse grêle située au-dessous Il ne pouvait donc plus être question de circulus viciosus. Eh bien, les vomissements ont continué sans modification et le malade a succombé.

Remarquez bien, Messieurs, qu'il y a là quelque chose de très spécial. Jamais les malades dont le pylore est imperméable ne vomissent de cette façon. Ils vident de temps en temps leur estomac, mais ils n'ont pas ces régurgitations incessantes qui se font par gorgées. Il faut remarquer aussi que l'estomac de ces malades se remplit sans qu'ils ingurgitent d'aliments. Il se remplit par une hypersécrétion de la muqueuse.

Et je me demande si les accidents qu'on observait autrefois avec une certaine fréquence à la suite de gastro-entérostomies et qu'on attribuait au circulus viciosus n'était pas dus, dans bien des cas, à la dilatation aiguë de l'estomac que M. Reynier nous a décrite.

M. Quénu. — M. Reynier a eu le tort de mêler et de confondre des faits tout à fait distincts. Nous connaissons tous les tympanites gastriques qui accompagnent les complications péritonéales atténuées, etc., et nous savons tous que le lavage de l'estomac rend les meilleurs services en pareil cas.

Mais à côté de ces observations communes, il est des cas de dilatation aiguë de l'estomac qui, j'en ai la conviction, sont indépendants de toute infection opératoire, j'en ai observé personnellement deux exemples.

Dans un premier il s'agissait d'une femme opérée de laparatomie qui, le quatrième jour, au milieu de suites simples, fut prise de ballonnement du ventre avec petitesse et fréquence du pouls et de dyspnée considérable. Avec cela, la température restait normale et le facies n'était nullement celui d'une infectée. Je constatai la localisation haute de la tympanite et je fis pénétrer une sonde dans l'estomac. Des gaz s'échappèrent immédiatement en abondance, le ventre redevint plat et le pouls meilleur. Il n'existait aucune dilatation intestinale. Le lendemain ma surveillante avertie refit le cathétérisme de l'estomac sans lavage aucun, et la malade guérit simplement sans autre incident.

L'autre exemple a été observé chez un homme d'une quaran-

taine d'années opéré huit jours avant pour une hernie inguinale (cure radicale). Les suites avaient été simples, les fils enlevés de la veille, quand la surveillante m'avertit que l'opéré venait depuis deux heures d'être pris d'étouffement, et d'un état inquiétant. Je fis défaire le pansement et constatai l'existence d'un ballonnement énorme siégeant surtout dans le haut du ventre; le pouls était petit et fréquent, pas de fièvre. Je fis le cathétérisme de l'estomac, sans pratiquer aucun lavage; des gaz s'échappèrent avec bruit de l'estomac il y eut quelques retours et tout rentra dans l'ordre. Chez ce malade, il n'y avait pas eu la moindre élévation de température, le ventre après le cathétérisme était souple et indolent et la réunion de la plaie était parfaite.

Je ne connais pas de septicémies qui se comportent de la sorte, je pense que chez certains opérés il se produit parfois (de même que chez certaines femmes hystériques) des tympanites partielles affectant l'estomac, le distendant et produisant mécaniquement des accidents graves. L'état de mon malade homme était particulièrement inquiétant, et je crois que réellement sa vie eût été menacée sans l'évacuation du contenu gazeux de l'estomac. On n'est pas autorisé à confondre ces sortes de tympanites essentielles post-opératoires, analogues aux tympanites hystériques avec les ballonnements liés à une infection opératoire.

L'évacuation des gaz par une sonde introduite dans l'estomac a fait cesser tous les accidents et ramené le calme et l'état normal : c'est là, il me semble, une démonstration sans réplique de la nature non septique de ces dilatations gastriques.

Présentations de malades.

Tumeur de l'amygdale consécutive à une lésion appendiculaire.

M. Routier. — Dans la séance du 28 juin 1905, je vous présentais un appendice volumineux, comme en banane, dont l'aspect m'avait paru singulier. De l'examen histologique confié à M. Herenschmidt, il résulta qu'il s'agissait d'une infiltration lymphoïde de l'appendice qui était comme engainé dans des tissus fibromyxomateux épais.

M. Cornil consulté avait pensé à une simple inflammation subaiguë.

Voilà que la malade à laquelle j'avais enlevé cet appendice me

revient avec une tumeur volumineuse de l'amygdale et un gros paquet ganglionnaire correspondant.

Elle a ensuite une rate qui me semble volumineuse, et l'examen de son sang la rapproche des leucémiques.

Que penser de cette amygdale ?

Que faire?

L'amygdale a commencé à grossir en septembre. Elle est allée dans une clinique où on a enlevé, paraît-il, une partie de cette tumeur.

Vers les premiers jours de novembre, elle est allée dans une autre clinique, on lui a donné le traitement spécifique. Je l'observe depuis huit jours ; ça ne varie pas.

M. Pierre Sebileau. — J'ai vu déjà plusieurs tumeurs du genre de celle que nous présente notre collègue Routier. Même, cela est une chose curieuse que tous les exemplaires que j'ai observés de ce genre de néoplasmes se ressemblent d'une manière si parfaite qu'on les dirait photographiés les uns sur les autres. Ce sont des tumeurs conjonctives, des lympho-sarcomes probablement. On driait simplement d'une énorme hypertrophie molle de l'amygdale ; celle-ci est ordinairement recouverte d'une mince couche de syphacèle qui tombe et se renouvelle. Il y a des ganglions cervicaux ; ceux-ci sont multiples ; ils descendent souvent presque dans le creux sus-claviculaire. Souvent, il en existe à droite et à gauche. Ni la tumeur ni les ganglions ne donnent l'impression d'une affection très maligne. Les piliers sont intacts. L'amygdale n'est pas enclavée dans sa loge ; elle n'adhère pas. Il semble qu'il n'y ait qu'à la saisir avec des pinces à traction pour la faire venir à soi et l'extirper par la bouche. Et, en effet, cela n'est pas très difficile ; l'hémorragie est petite ; l'opération est simple, les suites en sont bénignes.

Mais la cicatrisation est à peine terminée que la récidive apparaît. Alors, la tumeur, gagne les piliers, le voile et envahit le pharynx. Elle devient volumineuse et obture l'isthme du gosier. On pratique une trachéotomie de nécessité et le patient meurt quelques mois après sa première opération.

M. Pierre Delbet. — Je voudrais jeter un voile d'atténuation sur le pronostic fatal que vient de porter mon ami Sebileau.

Il s'agit certainement d'une tumeur de la série conjonctive, et non d'un épithéliome. Je ne crois pas qu'il puisse y avoir de doute sur ce point.

Ces tumeurs de la série conjonctive comprennent des types divers, fibromes, fibro-sarcomes, sarcomes de plusieurs variétés,

lymphadénomes. Nous les connaissons fort mal, mais nous savons cependant qu'elles ne sont pas toutes d'une égale gravité.

Dans le cas de Routier, les ganglions sont inquiétants, mais on peut espérer que leur tuméfaction est due en partie au moins à l'infection, puisque la tumeur est largement ulcérée.

Permettez-moi de vous rapporter brièvement un fait qui montre que le pronostic de ces grosses tumeurs amygdaliennes n'est pas toujours aussi terrible que vient de le dire Sebileau.

Il y a une douzaines d'années, mon maître Nicaise, empêché par l'état de sa santé de faire de graves opérations, me pria d'opérer un de ses amis. C'était un homme âgé, il avait soixante-dix-neuf ans, si je me rappelle bien. J'arrivai pour l'opérer sans l'avoir jamais vu. Il avait une tumeur moins ulcérée, mais notablement plus volumineuse que celle de la malade qui nous est présentée. Quand je la vis, j'eus un moment d'effroi.

L'opération fut cependant assez simple. Ce qui est intéressant, c'est que la tumeur n'a pas récidivé. J'ai eu des nouvelles du malade très régulièrement pendant six ou sept années après l'opération. N'oubliez pas qu'il avait atteint à cette époque l'âge de quatre-vingt-sept ans environ.

M. Pierre Sebileau. — Je n'ai pas observé de cas bénin, et je considère la malade que vient de nous présenter M. Routier comme très gravement atteinte. Mon ami Pierre Delbet fait état des caractères de l'adénopathie qui n'est ni très dure ni très adhérente pour en attribuer la genèse à une infection banale née à la superficie de la tumeur qui est ulcérée et sphacélique. Je pense que c'est là une interprétation erronée. Il ne faut pas oublier que ce n'est pas d'une tumeur épithéliale qu'il s'agit ici, mais bien, comme dit Delbet d'une tumeur qui rentre dans le groupe un peu confus des néoplasmes conjonctifs de l'amygdale Ces néoplasmes, d'ordre lymphoïde, frappent l'appareil ganglionnaire, contrairement à ce que font les tumeurs conjonctives banales; mais elles ne le frappent pas à la manière de l'hépithélioma. Ici les ganglions deviennent très rapidement si durs et si enclavés dans la région cervicale que l'adénopathie porte pour ainsi dire sur elle la gravité de son pronostic. Il n'en est pas de même de la réaction ganglionnaire que provoque le lymphosarcome de l'amygdale; les ganglions conservent de l'élasticité et de la mobilité; comme la tumeur elle-même, ils donnent l'illusion d'une chose assez bénigne. Mais l'apparence est trompeuse.

Je ne sais si Delbet se rappelle le malade, tout pareil à cette pauvre jeune femme, que nous avons examiné ensemble, l'an dernier à Lariboisière, à l'occasion d'un concours où nous étions

juges ensemble. A ce propos, Delbet m'avait conté le fait clinique qu'il vient de me rappeler. J'opérai le patient quelques jours plus tard. Ce fut facile et rapide. La tumeur vint tout entière par les voies naturelles. Elle n'avait nulle adhérence. Elle était purement amygdalienne. Quelques semaines plus tard, la récidive apparaissait envahissait le voile et le pharynx et ne tardait pas à emporter notre malheureux patient.

M. Routier. — J'ai peur que l'opinion de M. Sebileau ne soit la bonne, car la malade a déjà subi plusieurs ablations partielles. Faut-il l'opérer ? Plusieurs de mes collègues m'ont conseillé une opération très large.

M. Pierre Sebileau. — Oui, je crois qu'il faut opérer, puisque la malade commence à avoir une forte dyspnée et qu'en résumé il n'y a rien autre chose à faire; autant que l'on puisse juger d'après l'examen très rapide que j'ai fait, il faut extirper par les voies naturelles.

Mais avant cinq mois, vous serez obligé de faire la trachéotomie.

C'est à quoi nous avons dû nous résigner ces jours-ci pour un malade de mon service opéré pendant les vacances et qui ne tardera pas à succomber à la récidive qui est survenue deux mois après la première intervention.

M. Kirmisson. — Je crois qu'il est indiqué de l'opérer par la pharyngotomie.

M. Pierre Delbet. — Je ne nie pas la gravité fréquente de ces tumeurs amygdaliennes, et je suis bien loin d'affirmer que les ganglions chez cette malade sont purement inflammatoires. Je sais bien que l'adénopathie dans ces cas n'a pas les caractères des adénopathies épithéliomateuses. Mais précisément il est démontré aujourd'hui que dans les cancers de la langue dont parlait Sebileau, les ganglions hypertrophiés ne sont pas toujours cancéreux. Poirier en a cité des exemples. J'en ai moi-même rapporté un, qui est très démonstratif. Chez un malade atteint d'épithélioma lingual, j'avais fait l'opération de Poirier et enlevé le ganglion de l'omo-hyoïdien qui était aussi volumineux que la dernière phalange de mon pouce. L'examen histologique de ce ganglion qui fut fait par mon interne et ami Chevassu, a prouvé qu'il ne renfermait aucun élément cancéreux.

Pour en revenir à la malade actuelle, je dis que s'il est des tumeurs de ce genre qui récidivent avec une effroyable rapidité, il en est d'autres qui sont relativement bénignes, et j'ajoute que

nous ne savons pas les distinguer sûrement les unes des autres.

Si le pronostic était toujours aussi terrible que le dit Sebileau, si la récidive devait survenir fatalement en deux ou trois mois, il faudrait s'abstenir. Je crois au contraire que Routier fera très bien d'intervenir aussi complètement que possible, parce que si par hasard la tumeur est d'une bénignité relative, il aura rendu un très grand service à la malade.

Kyste hydatique du poumon.

M. TUFFIER. — Le hasard m'a fait revoir ce matin le malade que je vais vous présenter; je l'ai opéré, il y a deux ans et demi, d'un kyste hydatique du poumon gauche. Ce kyste, énorme, remplissait toute la moitié gauche du thorax, la pointe du cœur battant à droite du sternum. Cet homme est actuellement guéri; il ne lui reste qu'une fistulette broncho-cutanée dans la région sous-mammaire; son cœur bat à gauche du sternum. Je me propose d'obturer chirurgicalement cet orifice; c'est pourquoi je vous montre aujourd'hui ce malade.

Appareil de marche pour fracture du fémur.

M. PIERRE DELBET. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade atteint d'une fracture de la partie moyenne du fémur et qui est pourvu d'un appareil de marche. Je veux simplement vous montrer qu'il marche, car on a prétendu le contraire. Vous le voyez descendre les marches et se promener sans canne. Il y a quarante-sept jours qu'il a son appareil.

Je l'aurais déjà enlevé si le malade ne s'y était opposé. Quand j'ai voulu l'enlever pour faire du massage et de la mobilisation des articulations, j'ai prévenu le malade qu'il serait obligé de rester quelques jours au lit, parce que son cal ne pouvait pas être assez solide pour porter le poids du corps. Il m'a déclaré qu'il préférait garder son appareil jusqu'au jour où il pourrait marcher librement. J'ai cédé à son désir.

Voici des radiographies faites sous trois angles différents. Elles montrent que la réduction n'est pas parfaite, mais je demande qu'on m'en montre de meilleures. En effet, il y a une légère angulation, mais aucun chevauchement.

M. Kirmisson. — Je demande que M. Delbet indique exactement l'état des lésions au début. La question est de savoir si le résultat obtenu par les appareils de marche est égal ou supérieur à celui qu'on obtient avec les appareils de repos.

M. Pierre Delbet. — Mon but était simplement de vous montrer la possibilité de marcher avec un appareil pour fracture de cuisse. Je ne vous ai donné aucun détail, parce que je ne voulais pas rouvrir une discussion sur cette question. Puisqu'on m'en demande, je vais en donner.

Le déplacement primitif n'était pas très considérable. Mais il y avait un énorme épanchement sanguin et une hydarthrose très volumineuse du genou. La cuisse était très augmentée de volume, énormément distendue : la tuméfaction de l'hématome se continuait avec celle de l'hydarthrose, si bien que je n'ai pas pu appliquer l'appareil que je fais d'ordinaire.

Habituellement, je prends point d'appui sur les condyles du fémur, sur les reliefs du genou en les moulant étroitement. C'était dans ce cas tout à fait impossible. Aussi ai-je dû prendre dans l'appareil une partie du pied, parce que je ne pouvais trouver de points d'appui que sur le cou-de-pied.

J'entends M. Hartmann dire que le malade étant au 59e jour de la fracture, il marcherait aussi bien sans appareil. Pour ma part, je n'ai pas vu d'adultes marcher sans canne ni béquille soixante jours après une fracture de cuisse. Cela importe peu, car il y a quarante-quatre jours que le malade marche aussi bien qu'il le fait actuellement.

M. Kirmisson. — Je désire que, lorsque le malade n'aura plus son appareil, on le ramène à la Société pour une mensuration.

M. Pierre Delbet. — Je ramènerai très volontiers le malade lorsque l'appareil sera enlevé, mais je tiens à déclarer que les renseignements fournis par des radiographies bien faites dans deux plans perpendiculaires l'un à l'autre me paraissent infiniment plus sûrs et plus précis que ceux donnés par les mensurations.

M. Kirmisson. — J'affirme que la mensuration est supérieure à la radiographie pour juger du résultat.

M. Hartmann déclare qu'il y a une angulation et qu'en conséquence le raccourcissement est inévitable.

M. Pierre Delbet. — L'angle formé par les fragments est compris entre un et deux dégrés. Si M. Hartmann veut construire la figure géométrique sur le tableau, il verrra que cela donne un raccourcissement de quelques millimètres.

Tuberculose de la main traitée par la méthode de Bier.

M. Pierre Delbet, — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une malade âgée de 42 ans qui me paraît fort intéressante.

Elle était entrée dans mon service pour une tuberculose du pouce. Je lui ai fait le 2 juin une résection de la première phalange. Il y eut une récidive immédiate, et peu de temps après toute l'émiscence thénar était envahie par les fongosités.

Le 28 juillet, je fis faire par mon interne, M. Luteaud, la désarticulation du premier métacarpien. Je partis avant la fin de l'opération, et le lendemain Luteaud me disait : « Je regrette bien, Monsieur, que vous soyez parti, je n'ai pas pu dépasser les limites du foyer tuberculeux, et si vous aviez été là, nous aurions pris immédiatement un parti plus radical. » En effet les fongosités repullulèrent.

Le 1er septembre, je fis commencer le traitement par la méthode de Bier. Depuis cette époque, la bande élastique a été appliquée tous les jours, suivant les principes indiqués par Bier.

Sous l'influence de ce traitement, l'éminence thénar qui était tuméfiée et indurée a repris son volume et sa souplesse; les ulcérations se sont cicatrisées et aujourd'hui la malade paraît complètement guérie : le résultat me paraît merveilleux.

M. Tuffier. — J'ai également essayé la méthode de Bier dans mon service de Beaujon, n° 11, salle A. Paré, pour remédier à une série d'ulcérations tuberculeuses des gaines du tarse. Plusieurs grattages et des pansements méthodiques n'avaient pu éteindre ces foyers. La bande de caoutchouc a été appliquée pendant dix jours, suivant les règles édictées par l'auteur. L'amélioration que j'ai constatée hier même est indiscutable, mais le malade n'est pas encore guéri. A la suite de cet œdème passif, à répétition, toute la région située au-dessous de la striction a pris une teinte un peu bistrée, et la peau est devenue sèche et écailleuse.

Sténose du pylore.

M. Robineau. — Sténose du pylore consécutive à une ingestion d'acide chlorhydrique et traitée par la gastro-entérostomie. (Rapporteur : M. Tuffier.

Présentations de pièces.

Pièces de deux sous arrêtées temporairement dans l'estomac puis spontanément expulsées par l'anus.

M. Henri Hartmann. — Bien que la migration de pièces de monnaie à travers toute l'étendue du tube digestif soit aujourd'hui un fait bien connu, le nombre des observations publiées n'est pas encore tel qu'il ne soit intéressant d'apporter à cette tribune les cas que l'on peut rencontrer.

N..., femme de vingt ans, avale le 13 octobre à 11 heures deux pièces de deux sous qu'elle tenait dans la bouche. Elle ressent immédiatement des douleurs rétro-sternales et éprouve une gêne respiratoire notable. A 1 heure 1/2 elle se présente à l'hôpital Lariboisière, mon interne, M. Küss la voit et passe le panier de de Græfe dans l'œsophage sans rien ramener. A la suite de cette exploration, la douleur et la gêne respiratoire disparaissent immédiatement.

Dans l'après-midi, on pratique la radioscopie qui permet de constater la présence des deux pièces de deux sous dans l'estomac.

Le 14, la malade entre dans mon service, nous la tenons en observation, l'alimentant principalement avec des bouillies, des purées, des pâtes.

Le 18 au matin, elle rend les deux pièces de monnaie par l'anus, au moment d'une défécation.

Cette observation montre que lorsqu'il s'agit d'un corps étranger arrondi, ne risquant pas de déterminer des accidents du côté de la muqueuse gastrique même lorsque ce corps présente des dimensions supérieures à celles données pour l'orifice pylorique, une pièce de deux sous a un diamètre de 3 centimètres alors que nos classiques ne donnent au pylore qu'une dimension de 14 à 18 millimètres, il n'y a pas lieu de se hâter d'opérer ; il faut attendre, cherchant simplement à favoriser la circulation du corps étranger dans le tube digestif et n'opérant que si l'expulsion spontanée ne se fait pas au bout de quelques jours.

M. MONOD. — Je voudrais rapprocher du fait de M. Hartmann un cas que je viens d'observer à l'hôpital Saint-Antoine, dont l'issue a été malheureusement très différente.

On nous amenait, il y a quelques jours, une malade atteinte d'obstruction intestinale, dans un état général grave, avec une température dépassant 39 degrés. Il était manifeste que l'obstruction était consécutive à une péritonite probablement suppurée.

Je fis une laparotomie immédiate et trouvai, en effet, du pus dans le péritoine. Je cherchai le point de départ des accidents et ne le trouvai ni du côté des annexes, ni du côté de l'appendice. En examinant l'intestin nous finîmes par découvrir une petite perforation de l'intestin grêle.

A côté du point perforé je sentis une partie dure que je pris tout d'abord pour une épingle; à y regarder de plus près je reconnus que ce corps dur était aplati et avait une certaine étendue. J'agrandis la petite ouverture intestinale et retirai le corps que je vous présente. Il s'agissait d'un petit fragment en bois rectangulaire, à angles arrondis, ayant sur son grand côté 2 centimètres environ, et 1 cent. 1/2 sur le plus petit.

La perforation fut fermée par un double plan de sutures, et le ventre fermé avec drainage.

La malade a succombé.

Ce fait me paraît intéressant, car il est relativement rare, je crois, de voir un corps étranger peu volumineux, non irrégulier, sans arêtes vives, déterminer une perforation de l'intestin. Les choses se passent, d'ordinaire, comme vient de nous le dire M. Hartmann.

Il existe au reste, je le crois aussi, très peu d'exemples de corps étrangers arrêtés dans l'intestin grêle.

M. GUINARD. — Je crois que les faits semblables à celui que nous présente M. Hartmann, entrent dans la règle ordinaire. Pour ma part, j'ai vu cet été avec le Dr Bresson un enfant de quatre ans qui avait avalé une pièce de 10 centimes. On me montra une très belle radiographie où l'on voyait nettement le sou placé de champ dans l'œsophage au niveau de la fourchette sternale. Avec le panier de de Græfe je ne trouvai aucun contact. Le petit malade fut conduit chez un autre radiographe, et on vit le sou dans l'estomac. Cet enfant qui demeurait près de l'Arc de l'Étoile, était revenu en omnibus de chez son radiographe à l'autre bout de Paris, et je suis convaincu que ce sont les secousses du voyage qui ont fait descendre le sou dans l'estomac. Cela doit mettre en garde contre les renseignements que donnent les radiographies en pareil cas. Le petit malade a rendu le sou par les voies naturelles, seulement six

semaines après, sans avoir présenté jusque-là le moindre accident. En général, la migration est beaucoup plus rapide.

M. Broca. — Les cas comme celui de M. Hartmann sont assez habituels dans la pratique des chirurgiens d'enfants. Il est fréquent que les pièces d'un sou et surtout de deux sous restent enclavées dans l'œsophage; mais quand une fois elles ont passé dans l'estomac, je n'en ai jamais vu qui, n'ayant pas été expulsées par les voies naturelles, aient nécessité une extraction d'ordre chirurgical. Cette migration est rare, mais possible, pour les pièces de dix centimes, beaucoup moins pour les pièces de cinq centimes. Elle a lieu, dirai-je à M. Guinard, même sans voyage en omnibus : les secousses de ce véhicule sont peut-être utiles, mais sûrement pas indispensables. En règle générale cela a lieu avant la fin de la semaine. Le cas de M. Guinard est assez anormal par sa durée.

M. Félizet. — Il s'agit de la dernière étape d'un sou avalé. L'accident n'eut pas de suites tragiques, vous allez le voir; l'introduction d'une pièce de monnaie dans les voies digestives est un accident tellement fréquent dans la chirurgie infantile que nous n'en relevons pas l'observation.

Le sou avalé est, on peut le dire, « monnaie courante » et vous allez voir jusqu'où un sou courut et s'arrêta.

Un enfant de quatre ans avala une pièce de dix centimes. On me l'amena après plusieurs tentatives d'extraction.

L'objet avait été repoussé très bas dans l'œsophage, je ne pus le saisir et je le refoulai dans l'estomac.

Traitement classique : purée de haricots et de pommes de terre; huile de ricin.

La purgation fut complète et répétée pendant quatre jours.

La mère surveillait les selles et rien ne sortit.

Le quatrième jour, l'enfant ne défèque pas; le sixième jour, on me l'amène, il était un peu ballonné, mais ne se plaignait pas.

Je fis faire par un des élèves le toucher rectal.

Le doigt, à deux centimètres de l'orifice anal, rencontra de la résistance : c'était le sou, qui posé à plat en dessus du sphincter bouchait l'intestin à la façon d'un couvercle; le corps étranger bascula soudain et, remis de champ, sortit dans une avalanche de matières fécales : étape dernière et rare.

L'enfant fut immédiatement soulagé, l'incident n'eut aucune suite fâcheuse.

M. Broca. — J'ai observé un cas analogue à celui dont vient de parler M. Félizet, chez un enfant que j'avais opéré antérieu-

rement d'imperforation anale : un bouton de nacre large modèle, qu'il avait avalé chez sa mère, couturière, était à plat sur l'anus suffisant, mais pas très souple, que je lui avais fait chirurgicalement, et on m'amenait le sujet pour occlusion incomplète. Le bouton fut très facilement extrait à l'aide de l'index.

M. Terrier. — Voici un fait qui ne m'est pas personnel et qui appartient à M. Monprofit.

Un enfant avala un palet plus grand qu'une pièce de deux sous; au bout d'un certain temps, il présentait des accidents d'intoxication saturnine caractérisée par le liséré des gencives. Une radiographie montra la présence de ce corps étranger dans l'estomac. Une gastrotomie fut pratiquée et le malade guérit.

M. Ch. Monod. — Il me semble que les faits qui viennent de nous être communiqués font ressortir l'intérêt du mien. Ils confirment ce que je disais sur la rareté des accidents dus à l'arrêt de corps étrangers dans l'intestin grêle.

M. Félizet. — L'innocuité d'un corps étranger engagé dans l'intestin ne dépend pas de son petit volume, elle dépend de la forme régulière et lisse de l'objet. C'est ainsi qu'un décime, et même un objet métallique plus volumineux, mais lisse et régulier, peut séjourner ou voyager sans danger dans l'appareil digestif, et franchir les « barrières » naturelles sans le moindre embarras, tandis qu'un petit fragment de bois irrégulier, tel que M. Monod vous en donne un exemple, occasionne les accidents que vous venez de voir. Je me rappelle un fait assez curieux qui se termina le mieux du monde et dont je ne compris alors ni le danger ni l'intérêt.

Un relieur me pria de voir son enfant, un garçon de cinq ans, qui avait un abcès dans l'aine droite. J'étais externe dans le service de M. Gosselin, et M. Terrier, son interne, m'avais appris à reconnaître la fluctuation; je crus à un bubon suppuré. J'avais une trousse toute neuve et je fus heureux de l'occasion qui se présentait de m'en servir. Avec l'intrépidité de l'ignorance, j'incisai le « bubon » : un flot de pus jaillit et dans ce pus un corps étranger inattendu : une patte d'écrevisse. Après le pus, une certaine quantité de matière fécale.

L'enfant m'avoua alors qu'il avait avalé une écrevisse sans l'éplucher entièrement.

Fistule stercorale qui dura une dizaine de jours à peine et guérit avant l'abcès.

A distance, je crois qu'il s'agissait d'une perforation du cæcum avec abcès de la fosse iliaque.

La forme et les aspérités de la patte d'écrevisse avaient produit des lésions que les plus grosses pièces de monnaie ne produiraient jamais.

M. Schwartz. — Je signalerai le cas d'un dentier muni de quatre dents et deux crochets qui fut rendu au bout de trois semaines par l'anus.

M. Hartmann. — Ce qui vient d'être dit ne fait que confirmer mon opinion : c'est que pour les corps arrondis il n'y a pas d'inconvénient à attendre.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. ROUTIER, DELORME et REYNIER, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — M. CHAPUT dépose sur le bureau un mémoire de M. Bluysen, intitulé : *Corps étranger de l'œsophage.*

4°. — M. DEPAGE (de Bruxelles) envoie un mémoire intitulé : *Dystrophie du segment antérieur du bras avec luxation consécutive du poignet.* — M. BROCA, rapporteur.

A propos du procès-verbal.

Discussion sur les anastomoses iléo-rectales (suite).

M. PICQUÉ. — Dans nos dernières séances, nos collègues ont excellemment envisagé les divers points de l'intéressante communication de Demoulin.

Aussi, je tiens tout d'abord à m'excuser de prendre la parole après eux.

Il est certain qu'en fixant à six mois et demi, d'après de Bovis, la survie après l'anus iliaque, M. Demoulin n'a peut-être pas suffisamment tenu compte des éléments disparates qui sont contenus dans cette statistique.

Quand on n'envisage que la colostomie iliaque et qu'on met à part les cas particulièrement mauvais où l'on pratique parfois cette

opération, la survie est réellement beaucoup plus longue que ne l'a dit M. Demoulin.

Pour ma part, j'ai suivi des malades de ville qui n'ont succombé qu'après quatre ou cinq ans aux progrès du néoplasme. Mon ami Guinard a bien voulu rappeler un de mes cas.

Je connais même une malade à laquelle j'ai pratiqué, il y a près de quinze ans, une opération de Kraske pour un néoplasme du rectum, dont l'examen histologique a confirmé la nature épithéliale, et qui vivait encore après douze ans.

La plupart de nos collègues ont certainement fait des observations analogues.

Or, la recto-entérostomie, par sa mortalité plus élevée (25 p. 100) et le retour possible d'accidents, parmi lesquels l'occlusion par le mécanisme qu'a indiqué Demoulin lui-même, semble de beaucoup diminuer la durée de la survie.

L'anus iliaque constitue-t-il réellement une infirmité incompatible avec l'existence?

Hartmann vous a déjà rappelé qu'il pouvait en être ainsi autrefois, avec une technique qu'on a heureusement modifiée depuis.

Actuellement, nous pouvons en effet obtenir des anus continents; j'ai eu l'occasion, pour ma part, de pratiquer plusieurs fois des anus iliaques chez des malades occupant des situations sociales élevées, et qui ont pu, pendant des années, conserver leur infirmité sans que personne de leur entourage ait pu se douter de leur état.

Et chez ma malade qui a conservé son anus pendant une période d'au moins douze ans, les inconvénients étaient si peu marqués, qu'elle n'a jamais voulu se soumettre à une nouvelle opération.

J'ai souvent remarqué, du reste, que l'anus pratiqué par les procédés actuels tendait plutôt à se rétrécir, qu'il était parfois nécessaire d'agrandir l'orifice même quand on pratiquait l'opération en un temps, et que jamais on n'observait de prolapsus de la muqueuse.

En dehors du procédé opératoire suivi, on peut obtenir un orifice continent en soumettant le malade à un régime raisonné; mais on peut arriver au même but par une véritable éducation mentale, en agissant, selon la conception de Grasset, sur le psychisme inférieur du sujet. C'est une action curieuse qui n'a peut-être pas été signalée jusqu'ici, mais qui, conduite avec méthode et patience, produit une régularisation des garde-robes comme à l'état normal. J'ai eu souvent recours à cette méthode et lui dois des résultats intéressants; c'est ainsi que j'ai pu, chez des hommes très occupés, obtenir des garde-robes à heure fixe. Il y a quelques mois, j'ai eu l'occasion de vous présenter une malade à laquelle j'avais

pratiqué une extirpation du rectum par la voie sacrée, et à qui j'avais fermé son anus iliaque. L'anus sacré laissait écouler continuellement des matières, et elle en était profondément affectée.

J'obtins chez elle un résultat remarquable, grâce à une éducation mentale que je pratiquais chaque matin devant mes élèves. Je parvins ainsi à régulariser le cours des matières.

Cette malade vint un jour m'exprimer toute sa reconnaissance, et je pus vous la présenter avec un anus continent.

Je ne fais jamais porter d'ailleurs d'appareil à mes opérés. Je considère que ce serait un obstacle au but que je me propose.

Malgré tout, je pense que M. Demoulin a eu grandement raison d'attirer notre attention sur l'entéro-rectostomie et ses avantages. Si la gravité de cette opération peut être diminuée, et si l'on peut parer aux complications qu'il nous a signalées et qui tiennent surtout au rétrécissement de l'orifice anastomotique, la thérapeutique chirurgicale aura réalisé un progrès sérieux.

Sous ce rapport, nous ne pouvons que féliciter M. Delagenière des deux belles observations qu'il nous a apportées.

Le « tout à l'intestin », selon l'heureuse expression d'un de nos collègues, sera toujours préférable à l'anus iliaque toutes les fois qu'il sera possible de l'appliquer sans danger. C'est l'idéal vers lequel on doit tendre, et nous devons nous efforcer d'améliorer la technique opératoire.

C'est, qu'en effet, l'anus iliaque doit être envisagé à un point de vue tout particulier.

Chez des sujets prédisposés à l'hypocondrie, et ils sont nombreux, l'anus contre nature peut devenir le point de départ de troubles mentaux qui exigent l'internement.

J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs cas dans ma pratique des asiles.

Mon collègue Chaput doit avoir gardé le souvenir d'une malade qu'il a eu l'amabilité d'opérer, sur ma demande, à l'asile de Ville-Évrard.

Il s'agissait d'une femme atteinte d'un anus stercoral consécutif à une hernie gangrenée. Cette malade était tombée dans un état de mélancolie, avec tendance au suicide.

L'opération que pratiqua Chaput amena en même temps la guérison de son infirmité et de son état mental. Elle figure dans ma première statistique d'aliénés guéris à la suite d'intervention chirurgicale.

Cette année même, j'ai eu l'occasion de guérir dans les mêmes conditions, au Pavillon de chirurgie, une malade dont l'histoire est une odyssée lamentable.

Il s'agit d'une malade âgée de trente-cinq ans, qui fut opérée

d'urgence dans un de nos hôpitaux, probablement pour une suppuration pelvienne. Quelques jours après, survint une fistule stercorale, qui détermina son envoi dans une salle de chroniques annexée au service. Cette malade souffrant beaucoup fut soumise aux injections réitérées de morphine et tomba rapidement dans un état très prononcé de déchéance physique et mentale.

Les récriminations incessantes auxquelles elle se livra motivèrent son envoi à Sainte-Anne, où elle fut reçue avec le certificat suivant de M. Magnan, à la date du 16 février 1905 : Est atteinte de délire mélancolique avec idées confuses de persécution; irritabilité morbide, excitation, insomnie. Fistule stercorale.

Elle fut dirigée sur mon service de chirurgie, à la date du 18 février 1905. Je la trouvai dans un état de cachexie prononcée. Il existait, au niveau de la ligne médiane sous-ombilicale, une fistule fournissant une quantité abondante de matières. L'intestin fait hernie entre les deux droits. Je pratiquai une intervention très simple, avec l'assistance de M. Grégoire, prosecteur. Décollement de l'intestin, après pincement de l'intestin. Fermeture de la fistule à deux plans. Cette fistule siège sur une anse grêle. Deux drains sont laissés dans la plaie. Suture de la paroi à deux plans.

Le résultat fut immédiat et la malade put quitter mon service le 13 avril. La malade a engraissé. Toute idée délirante a disparu. Elle est mise en liberté. Cette malade ne conserve qu'un sentiment de colère contre son chirurgien, qui est un de nos plus aimables collègues. J'ai fait tous mes efforts pour l'empêcher qu'elle n'aille le trouver. J'espère qu'elle a tenu parole.

Vous comprendrez, dès lors, pourquoi le rapport de Demoulin et la communication de Delagenière m'ont si vivement frappé, et pourquoi, sous les réserves présentées par Hartmann et Quénu, je suis décidé à suivre mes collègues dans leurs intéressantes tentatives.

M. Chaput. — L'entéro-anastomose pour les cancers du gros intestin n'est bénigne que si elle peut s'exécuter dans de bonnes conditions, c'est-à-dire hors du ventre où à une faible profondeur derrière la paroi. C'est dire que si l'iléo-sigmoïdostomie est une bonne opération, il n'en est pas de même de l'iléo-rectostomie. Si l'on admet que l'origine du rectum se fait à la 3e sacrée, je ne vois pas que l'iléo-rectostomie par suture soit possible pour un cancer du rectum, si élevé qu'il soit, surtout chez les femmes grosses, surtout chez l'homme dont le bassin est étroit et profond.

D'autre part, l'anastomose par le bouton de Murphy est difficile

à exécuter à une grande profondeur. Quant au procédé de Lardennois, il peut, dans certains cas, être plus difficile à exécuter que le procédé des sutures lui-même.

Je parle ici de l'entéro-anastomose par la voie abdominale, mais il n'en est pas de même si l'on adopte la voie sacrée.

J'ai pu récemment exécuter très facilement une iléo-rectostomie par la voie sacrée pour un rétrécissement syphilitique du rectum. Après incision sacrée et résection de la pointe du sacrum, j'ai dénudé les faces latérales du rectum, ouvert le péritoine, attiré une anse grêle au contact du rectum et suturé la convexité de cette anse au rectum immédiatement au-dessus de l'anus.

Toujours est-il que cette opération est beaucoup plus complexe que l'anus iliaque et qu'on ne pourra la pratiquer que sur des sujets encore assez résistants.

M. Demoulin a signalé l'oblitération de l'orifice anastomotique ; cet accident s'observe plus souvent à l'estomac et sur le gros intestin que dans l'entéro-anastomose entre 2 anses grêles. J'en ai observé pour ma part trois cas sur l'estomac.

L'explication de ces sténoses est multiple. Le rétrécissement s'explique soit par l'infiltration cancéreuse des lèvres de l'anastomose, soit par l'infiltration conjonctive péri-néoplasique; il faut encore compter avec l'épaississement inflammatoire des parois intestinales occasionné par la persistance des fils non résorbables.

La sténose est-elle possible en dehors de ces causes, je l'ignore. Toujours est-il que nous devons prendre soin de faire l'anastomose très loin du néoplasme et de n'employer que des catguts, au lieu de soies pour les sutures intestinales.

M. Hartmann. — Je me bornerai à ajouter quelques mots à la première communication que je vous ai faite au cours de cette discussion.

M. Picqué vient de nous relater une série de faits confirmant la bénignité, reconnue par tous, et le peu d'infirmité, discuté par beaucoup, de l'anus iliaque, tel qu'on doit le faire aujourd'hui. A ce point de vue, je vous demande la permission de vous relater un fait que m'a communiqué ces jours-ci notre collègue Demmler, membre correspondant de la Société.

J'ai donné pendant quatre ans mes soins à un colonel d'infanterie, auquel j'avais conseillé cette opération qui fut faite au Val-de-Grâce par notre collègue Robert, en raison d'un rétrécissement du rectum haut placé, de nature cancéreuse, confirmé par le diagnostic de chirurgiens des hôpitaux. A la suite de cette opération, cet officier, non seulement

a continué son service journalier de régiment, mais il a pu assister à toutes les prises d'armes, notamment aux manœuvres de division, exercices fort fatigants. Forcé de prendre sa retraite deux ans avant la limite d'âge, parce qu'il n'avait pas été inscrit au tableau d'avancement pour le grade de général, ce colonel a continué à mener une existence très active, et n'a fini par succomber qu'à des troubles mentaux, caractérisés par des idées de persécution, terminaison fréquente chez les officiers déçus dans les espérances qu'ils avaient fondés sur leur carrière.

L'excellence de l'anus iliaque me semble donc toujours bien établie. J'ajouterai cependant que, poussé par l'intéressant rapport de mon ami Demoulin, j'ai, il y a quinze jours chez un vieillard, porteur d'un cancer du côlon pelvien, pratiqué une iléo-rectostomie; l'opération que j'ai faite, mérite bien le nom d'iléo-rectostomie, car j'ai anastomosé l'iléon avec la face antérieure du rectum, un peu au-dessus du fond du cul-de-sac recto-vésical en un point où l'intestin est déjà sous-péritonéal dans toute sa face postérieure.

Il est certain que ce segment de rectum est, comme vient de l'indiquer notre collègue Chaput, profondément situé, qu'il serait difficile d'y anastomoser, par la méthode des sutures, l'iléon. Mais en se servant, comme je l'ai fait, de la pince de Lardennois, qui, munie de la branche mâle du bouton de Murphy et introduite par l'anus, permet de soulever la paroi antérieure du rectum et de la rendre facilement accessible, il est tout ce qu'il y a de plus aisé de pratiquer l'anastomose avec ce bouton. J'ai été agréablement surpris en constatant que l'opération pouvait être bien plus aisément pratiquée que je ne le croyais *a priori*.

Actuellement, mon malade a expulsé le bouton par l'anus, il n'y a pas eu la moindre réaction péritonéale, la circulation intestinale se fait bien. Il n'est pas guéri, tousse un peu, a la langue un peu sèche, se remonte mal. Il succombera peut-être au bout d'un temps plus ou moins long, mais, quelle que doive être l'issue, il n'en est pas moins établi que l'iléo-rectostomie par le procédé de Lardennois est une opération facile, pouvant donner d'excellents résultats, car actuellement déjà on peut dire que le malade ne succombera pas aux suites de l'intervention. Ce fait m'a paru intéressant, car il vient à l'appui de l'opinion de mon ami Demoulin et m'engagera à recourir plus volontiers que je ne le faisais autrefois à l'iléo-rectostomie.

M. Demoulin demande à répondre, dans une prochaine séance, aux diverses communications de ses collègues.

Résection du grand sympathique contre la névralgie faciale.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, la communication que j'ai faite ici à la fin de juillet sur la résection du ganglion supérieur du sympathique dans les cas de névralgie faciale rebelle n'a pas eu grand écho, ce qui prouve que l'opération de Jaboulay n'a pas reçu des chirurgiens l'accueil qu'elle me paraît mériter.

Seul mon ami Poirier nous a apporté des observations. Elles sont au nombre de trois et toutes les trois fort intéressantes.

Les deux premières sont de beaux succès. L'une d'elles faisait déjà partie de la statistique que je vous ai présentée au mois de juillet. Depuis, le malade a été suivi et la guérison s'est maintenue. Elle date de trente mois.

L'autre opération date de quatre mois. Le malade a accusé un léger retour des douleurs trois mois et demi après l'intervention. Autant qu'on peut le savoir pour une opération de date aussi récente et sur laquelle notre expérience est manifestement insuffisante, il n'y a pas lieu de se préoccuper de ce retour des douleurs. Il est fréquent, il se produit d'ordinaire vers le troisième mois et il est transitoire. D'ailleurs, le malade est actuellement très satisfait de son état.

Le troisième cas de Poirier est des plus intéressants. C'est celui dans lequel il n'a pas réséqué le ganglion.

Son opération a certainement intéressé le sympathique, puisqu'elle a amené de l'injection de l'œil et du myosis. Mais le ganglion supérieur n'a pu être trouvé; il n'a pas été réséqué.

L'opération a eu une certaine action sur les douleurs, parce que le sympathique a été touché ; mais cette action a été très incomplète et très transitoire, parce que le ganglion n'a pas été réséqué.

Il me semble qu'il y a là une réponse directe à ceux qui pensent que la sympathicectomie n'a pas d'action particulière sur la névralgie faciale.

J'ai entendu tenir le raisonnement suivant : « Quoi qu'on fasse à ces malades, qu'on leur résèque le bord alvéolaire, qu'on leur arrache ou qu'on leur élonge les branches du trijumeau, on obtient le même résultat. La cessation des douleurs est due, non pas à une action spécifique, mais à une simple perturbation apportée au nervosisme des malades. C'est pour cela qu'elle est transitoire. Les opérations sur le grand sympathique n'agissent pas autrement. »

J'ai rappelé au mois de juillet les expériences et les examens histologiques qui montrent que la sympathicectomie a une action sur les origines et les racines du trijumeau : je n'y reviens pas.

Mais permettez-moi de faire remarquer que le fait de Poirier fournit une démonstration indirecte, mais excellente, la meilleure peut-être qu'on puisse avoir sur l'homme, de la spécificité d'action de la sympathicectomie.

Poirier a fait tous les temps de l'opération, même la résection du ganglion cervical. Non seulement il a incisé la peau, repéré le spinal, soulevé le sterno-mastoïdien, récliné le paquet vasculo-nerveux, mais certainement il a intéressé le grand sympathique. L'injection conjonctivale et le myosis ne permettent pas d'en douter. Si l'opération agissait par suggestion ou en modifiant le nervosisme du malade, il aurait dû obtenir un résultat presque égal à celui que donne la sympathicectomie. Or, le résultat a été insignifiant. Dans sa communication orale, il a été sur ce point plus explicite que dans sa rédaction écrite.

En somme, dans cette opération, toutes les conditions du déterminisme du résultat ont été les mêmes que dans les autres sympathicectomies, toutes, sauf la résection du ganglion. C'est donc à l'absence de cette résection qu'il faut attribuer la différence du résultat. C'est pour cela que je disais que ce cas fournit une preuve indirecte, mais excellente, de l'action de la sympathicectomie sur le trijumeau.

Il reste à savoir ce qui s'est passé au point de vue opératoire dans le fait de Poirier.

Personne ne peut douter que s'il n'a pas trouvé le sympathique, c'est qu'il n'était pas à sa place, où qu'il n'avait pas son aspect habituel.

Avant ma communication de juillet, j'avais fait des recherches sur la technique de la sympathicectomie. Mon but était de chercher si la voie anté-sterno-mastoïdienne bien réglée n'aurait pas d'avantages sur la voie rétro-sterno-mastoïdienne.

Herbet, dans son excellente thèse, condamne la voie antérieure sous prétexte qu'elle oblige à sectionner un grand nombre de veines. L'embarras venant des confluents veineux est réel quand on veut passer en avant du paquet jugulo-carotidien. Ce chemin est certainement détestable à tous les points de vue, et il faut le rejeter résolument. Mais on peut passer en avant du sterno-mastoïdien et en arrière des gros vaisseaux. On récline le sterno-mastoïdien en arrière, la jugulaire avec la carotide en avant, et on arrive tout droit sur le lit du sympathique.

Par la voie postérieure, le temps qui m'a paru le plus délicat et parfois le plus long, c'est la recherche du spinal, ou plus exactement de sa portion trapézienne. Parfois on la trouve d'emblée; mais dans certains cas, quand le tissu cellulaire est épais et dense sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, il faut le fouiller

assez longuement pour trouver le nerf. Il m'avait semblé qu'on éviterait cet ennui en passant en avant.

On ne l'évite pas complètement. En avant, le spinal est plus facile à trouver. Il est aisé de le récliner avec le sterno-mastoïdien à la face profonde duquel il court; mais enfin il faut encore s'en occuper. Il n'y a donc pas de ce chef une bien grande supériorité de la voie antérieure sur la postérieure.

La voie antérieure a-t-elle d'autres avantages ou d'autres inconvénients? Cela dépend des sujets.

Sur quelques-uns, lorsque le creux rétro-maxillaire est large, on arrive facilement sur le ganglion, et on peut le suivre assez aisément jusqu'à son extrémité supérieure. Mais sur d'autres, on est très gêné. Lorsque le creux est étroit, lorsque la parotide descend bas, ce qui n'est pas rare, l'embarras devient considérable. Il faut relever péniblement la parotide, on peut être obligé de l'inciser et l'on sait combien elle saigne. On s'exposerait peut-être à léser le facial.

En somme la voie antérieure est chez certains sujets très directe et très facile. Mais comme chez d'autres et sans qu'on puisse le déterminer bien sûrement d'avance, elle offre de sérieuses difficultés, je crois qu'il vaut mieux en règle générale adopter la voie postérieure.

Au cours de mes recherches, j'ai rencontré un cas qui ressemble singulièrement à celui de Poirier. En l'écoutant et je répète que sa communication orale a été plus détaillée que sa rédaction, je croyais relire mes notes.

Voici ce que j'ai vu. Ayant récliné le paquet vasculo-nerveux, je ne trouvai rien à la place qu'aurait dû occuper le cordon du sympathique. Comme il arrive souvent qu'on le récline avec ledit paquet, je cherchai à la face profonde de ce dernier et je trouvai un cordon nerveux de volume tel que je n'hésitai pas à le considérer comme le pneumogastrique. Je le fis donc récliner de nouveau et je recommençai mes recherches sur la face antérieure de la colonne vertébrale, mais je ne trouvai rien. Je revins au cordon que j'avais considéré comme étant le pneumogastrique, et je le suivis par en haut jusqu'au point où aurait dû être le ganglion. Je trouvai un léger renflement qui ne ressemblait en rien au ganglion supérieur du sympathique. Au lieu de cette apparence musculo-tendineuse si frappante, que les élèves des pavillons demandent souvent quel est ce muscle anormal qu'ils ont découvert, il présentait un aspect réticulé. Je ne doutai plus que j'avais affaire au plexus gangliforme du pneumogastrique. Mais je constatai que de son bord antérieur partaient un grand nombre de branches courtes qui se jetaient presque immédiatement dans un

autre nerf. N'y comprenant rien, j'abandonnai la partie et j'exécutai l'opération du côté opposé, le gauche, où je trouvai la disposition normale.

Cela fait, je disséquai le côté droit et je constatai que le cordon nerveux que j'avais considéré comme le pneumogastrique était le grand sympathique et que son ganglion supérieur, d'apparence tout à fait anormale, était uni par un grand nombre de branches au plexus gangliforme du pneumogastrique.

Peut-être Poirier s'est-il trouvé en présence d'une disposition de ce genre. Je crois bien qu'il est impossible au chirurgien qui la rencontre sans en connaître la possibilité, de mener à bien l'opération. Mais le chirurgien averti pourrait peut-être se tirer d'affaire.

En effet l'embarras vient de ce que le sympathique ressemble au pneumogastrique et est pris pour lui. Aussi je donnerai le conseil suivant. Lorsque après avoir récliné un nerf qu'on a pris pour le pneumogastrique, on ne trouve pas le sympathique, il faut revenir au paquet vasculo-nerveux et voir s'il ne renferme pas un autre nerf qui est le véritable pneumogastrique. Celui-ci étant trouvé, il devient certain que le premier nerf récliné ne peut être que le sympathique. Il est possible qu'il existe d'autres anomalies, mais dans le cas que j'ai observé sur le cadavre, si j'avais procédé comme je viens de le dire, j'aurai pu faire la sympathicectomie.

Messieurs, en clôturant cette discussion, permettez-moi de constater que les deux cas de Poirier confirment ce que je disais au mois de juillet; permettez-moi d'insister encore sur la réelle valeur de la résection du ganglion cervical supérieur dans le traitement des névralgies faciales. De toutes les opérations qui ont été imaginées contre cette redoutable maladie, c'est certainement celle qui a le moins d'inconvénient, et c'est peut-être la plus efficace. A la différence des opérations qui portent sur les branches du trijumeau, elle ne laisse ni anesthésie, ni parésie, ni cicatrice visible. C'est là un grand avantage. Elle paraît être plus efficace que les diverses résections que l'on peut faire sur le maxillaire supérieur ou sur l'inférieur. Elle l'est peut-être autant que la résection du ganglion de Gasser, opération terrible que son extrême gravité met en dehors de toute comparaison. Aussi je vous demande la permission de répéter en manière de conclusion ce que je disais au mois de juillet. Dans les cas de névralgie faciale grave, après échec des traitements médicaux, c'est à la sympathicectomie qu'il faut recourir.

Rapports.

Vomiques par dilatation bronchique probable, guéries par la thoracoplastie, sans qu'on ait trouvé de caverne, par M. Gaudier, agrégé à la Faculté de Lille.

Rapport par M. BROCA.

M. Gaudier nous a envoyé, pour prendre rang parmi les faits sur lesquels nous avons discuté avant les vacances, l'observation curieuse d'une fille de neuf ans qui toussait et crachait depuis l'âge de deux ans et demi et rendait tout les matins, quand elle fut examinée par M. Carrière, une forte vomique très fétide; dans la journée, expectoration abondante, mais non fétide. L'enfant était pâle, avec ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique des phalangettes; à droite, le thorax est aplati, avec scoliose dorsale droite, les côtes inférieures sont immobilisées; tout le côté est submat avec bruit de pot fêlé au niveau du deuxième espace intercostal. De ce côté, aussi, existe un souffle caverneux, à maximum sous claviculaire, avec voix caverneuse; en bas et en avant, pectoriloquie aphone; en haut et en avant, bruit d'airain très net. En arrière, submatité et exagération des vibrations thoraciques; la respiration est rude et soufflante de haut en bas, en haut elle est même caverneuse.

L'examen des crachats ne révèle ni bacilles de Koch, ni fibres élastiques. Température de 38 degrés à 38°7.

Le diagnostic de M. Carrière fut : pyo-pneumothorax supérieur localisé à la partie antérieure du poumon droit au niveau des 4e et 5e côtes.

M. Charmeil constata par la radiographie une rétraction des 2/3 inférieurs du poumon contre la gouttière vertébrale : en haut, une zone périphérique claire, avec au centre, une tache noire qui paraît être la caverne, ou l'abcès pleural pleuro-pulmonaire cause des vomiques.

Le 27 janvier, M. Gaudier opéra donc, en relevant un lambeau musculo-osseux en volet, comprenant les 4e et 5e côtes. La base du poumon adhérait jusqu'à la 5e côte. La partie supérieure n'adhérait pas, et s'affaissa lors de l'incision de la plèvre; elle était de consistance normale et fut ponctionnée sans résultat. Aussi la plèvre fut-elle suturée, et le lambeau rabattu, après désossement.

Il y eut, les jours suivants, une élévation thermique jusqu'à 40°2; mais à partir du 5 février eut lieu une défervescence lente. En même temps, à partir du 2 février, l'expectoration diminua,

devint muqueuse, aérée, non fétide. L'enfant quitta le service, guérie, le 12 mars, et aux dernières nouvelles en juillet, la guérison se maintenait : les crachats étaient supprimés, à l'auscultation il persistait quelques râles du sommet droit; les bruits de caverne n'existaient plus.

Je ne ferai pas de commentaires sur ce cas, qui rentre dans ces faits inexpliqués où une vomique, probablement par dilatation bronchique diffuse, a été guérie par la thoracoplastie. C'est une de ces observations qui, actuellement, déconcertent encore trop le clinicien pour que l'on puisse faire autre chose que de les enregistrer sans discussion. Après avoir toutefois félicité M. Gaudier de son succès et lui avoir envoyé nos remerciements pour nous l'avoir communiqué.

Sur une observation de M. Auvray, intitulée : *Hernie inguinale étranglée chez un enfant de sept semaines; kélotomie, guérison. Du rôle joué dans la pathogénie de l'étranglement par le diverticule de Meckel contenu dans la hernie,*

par M. HENRI RIEFFEL.

Dans la séance du 1er mars dernier, M. Auvray nous a lu une observation de hernie inguinale droite étranglée depuis vingt-quatre heures chez un garçon de sept semaines, qui ne portait aucune malformation apparente. Plusieurs tentatives de taxis ayant été pratiquées sans résultat en ville, M. Auvray jugea inutile de répéter des manœuvres, qui ne pouvaient que compromettre la vitalité de l'intestin et fit séance tenante la kélotomie.

Il incisa, sans employer d'abord aucun anesthésique, tous les plans superficiels, de façon à bien exposer le pédicule de la hernie; il sectionna les fibres les plus inférieures des muscles petit oblique et transverse, qui enserraient le collet du sac, pour se donner du jour. Après ouverture du sac, il constata qu'il s'agissait d'une hernie vagino-péritonéale complète; l'anse étranglée, qui mesurait 8 à 10 centimètres, descendait au contact du testicule. L'état de l'intestin, malgré la durée de la coarctation, était assez satisfaisant; ses parois épaissies étaient d'un rouge violacé; quelques fausses membranes très molles agglutinaient entre eux les deux bouts de l'intestin; nulle part, il n'y avait menace de sphacèle. Mais, ajoute M. Auvray, « je fus bientôt frappé par la présence, au-dessous du collet du sac, d'un diverticule court, trapu, implanté sur l'intestin, et dont la paroi épaissie présentait la même coloration que l'intestin étranglé; ce diverticule, qui n'était autre que le diverticule de Meckel persistant, s'enfonçait à la façon d'un coin

entre les bouts afférent et efférent de l'intestin d'une part, et la paroi correspondante du sac d'autre part. »

M. Auvray put attirer doucement au dehors l'anse d'intestin, sans qu'il fût nécessaire de débrider le collet du sac, qui fut élargi suffisamment, en y introduisant l'extrémité du petit doigt. A ce moment, l'enfant, qui ne dormait pas, poussa au dehors son intestin, et, quand il tenta de réintégrer dans l'abdomen les portions expulsées, M. Auvray éprouva des difficultés telles qu'il fallut administrer quelques bouffées de chloroforme. La durée de la narcose vraie ne dépassa pas cinq minutes. Le chloroforme fut du reste admirablement supporté. Mais, craignant de laisser le nourrisson trop longtemps sous l'influence des vapeurs anesthésiques, il ne fit pas la cure radicale proprement dite, avec reconstitution de la tunique vaginale; il se contenta d'oblitérer par un catgut le canal péritonéo-vaginal dans le trajet inguinal, enfin de suturer l'aponévrose du grand oblique et les téguments.

M. Auvray a cru devoir nous communiquer cette observation, assez banale en elle-même, en raison du mécanisme très spécial qui, d'après lui, a présidé à l'étranglement de la hernie. « La filiation des accidents chez notre opéré, écrit-il, semble avoir été la suivante : Le diverticule de Meckel, engagé le premier dans le conduit vagino-péritonéal préformé, a attiré derrière lui l'anse grêle sur laquelle il était implanté; puis l'intestin se déplaçant dans l'intérieur du sac, le diverticule a subi un mouvement d'ascension vers le collet; il a trouvé un passage trop étroit pour le franchir en même temps que l'intestin; il est venu s'interposer entre l'intestin et la paroi du sac à la façon d'un coin et me semble incontestablement avoir joué le rôle important dans la pathogénie de l'étranglement. »

Si le mécanisme invoqué par M. Auvray est réel, il est certain qu'il est tout à fait insolite, et, pour ma part, je ne connais aucun autre cas, même pas celui de Vance (1), qui lui soit exactement superposable. Mais j'estime que l'interprétation donnée par mon ami Auvray est passible d'assez sérieuses objections. Puisqu'au début de l'anesthésie, l'enfant a expulsé des portions d'intestin en assez grande quantité, M. Auvray aurait dû nous dire s'il existait sur l'anse herniée un sillon d'étranglement, nous donner quelques détails sur l'état même du diverticule de Meckel, sur sa configuration, ses connexions, nous indiquer s'il possédait un petit mésentère propre, s'il avait contracté quelques adhérences avec le canal vagino-péritonéal, avec l'épididyme, avec le testicule, etc.; si, au contraire, il n'était pas attiré vers la cavité abdominale par

(1) Vance. *Pædiatrics*, 1898, p. 1172.

des filaments fibreux qui, dans certains cas, sont assez développés pour atteindre l'ombilic. Mais il semble bien que le diverticule ait été tout à fait libre, et alors je me demande pourquoi c'est précisément lui qui s'est engagé le premier dans le sac, pourquoi il a eu tendance à remonter vers le collet, tandis que la hernie augmentait de volume.

Que le diverticule ait été, peut-être par les manœuvres de taxis, refoulé entre le sac et l'intestin hernié, la chose est possible; mais, qu'il ait joué un rôle actif dans la pathogénie même de l'étranglement, cela me paraît plus contestable, d'autant qu'Auvray nous dit que le diverticule, d'ailleurs très petit, se trouvait au-dessous du collet du sac et n'était nullement étranglé lui-même. Tout ce qu'on peut accepter, c'est qu'il a rempli jusqu'à un certain point l'office d'une soupape, comparable en cela au testicule ectopié qui, lui aussi, ne saurait produire l'étranglement, mais peut seulement s'opposer dans une certaine mesure à la rentrée des viscères. Je suis persuadé que, si M. Auvray s'était contenté de réséquer le diverticule, sans dilater le collet du sac, il n'eût pas réussi à opérer la réduction de la hernie.

Certes, le diverticule de Meckel peut être cause d'une incarcération intestinale; alors toutefois il ne s'agit pas d'un étranglement herniaire vrai, mais d'une de ces occlusions bien connues depuis Cazin (1), depuis Bérard et Delore (2), produites par un diverticule enroulé autour d'une anse comprise dans une hernie. D'autre part, il est des cas dans lesquels une diverticulite peut se propager à l'anse herniée et déterminer un étranglement secondaire. Mais ni l'une ni l'autre de ces éventualités ne se présentait dans le fait de M. Auvray. Aussi, à mon avis, notre jeune collègue n'a-t-il pas étayé sur des arguments suffisants la théorie qu'il soutient et, pour ma part, je crois qu'il s'agissait tout simplement de l'étranglement par le collet sacculaire d'une hernie, renfermant, à côte d'une anse intestinale, le diverticule de Meckel.

A ce dernier point de vue, l'observation de M. Auvray mérite d'être retenue, car elle vient grossir le nombre, encore faible, des hernies du diverticule de Meckel. Cette rareté est assez surprenante, d'autant que cet organe constitue une anomalie relativement fréquente, qui se rencontre 39 fois sur 1635 sujets (Mitchell) (3) et même, d'après Rolleston (4), dans 3,37 p. 100 des cas. Je vous demande si beaucoup d'entre vous l'ont trouvé au cours de leurs cures radicales ou de leurs kélotomies. Pour ma part, je

(1) Cazin. *Thèse* de Paris, 1862.
(2) Bérard et Delore. *Rev. de Chirurgie*, 1899, I, p. 585.
(3) Mitchell. *Journ. of anat. and Phys.*, 1898, t. XXXII, p. 675.
(4) Cité par Bunts. *Ann. of Surgery*, 1904, XL, p. 536.

ne l'ai jamais vu dans un sac herniaire, pas plus que M. Broca, « qui a pratiqué plus de 2,000 cures radicales à tout âge et à tous les anneaux ». Je ne sais comment expliquer cette rareté. Peut-être a-t-il parfois passé inaperçu ou a-t-il été confondu avec l'appendice dans certaines hernies adhérentes, dont la cure radicale est particulièrement compliquée et laborieuse.

En feuilletant nos *Bulletins* de ces dix dernières années, je n'en ai relevé que deux cas, celui de M. Mignon (1903, p. 485) et celui de M. Brin, rapporté cette année même par M Broca. M. Blanc (1), dans sa thèse bien connue, n'en a cité que six cas. Les recherches bibliographiques assez étendues que j'ai faites pour ce rapport m'ont permis d'en rassembler quarante cas, dont vingt-quatre sont des hernies renfermant à la fois le diverticule, de l'intestin et de l'épiploon, et dont seize sont des hernies du diverticule de Meckel seul, qui devraient être nommées hernies de Littre, par opposition aux hernies des faux diverticules intestinaux ou hernies de Richter. Je dis, en passant, que ces mots : hernies de Littre et de Richter, mériteraient d'être définitivement adoptés, pour éviter toute confusion avec le mot hernie diverticulaire, qui désigne plus communément une variété d'omphalocèle.

Il est d'ailleurs curieux de noter que le diverticule de Meckel libre n'occupe que très exceptionnellement le sac d'une hernie ombilicale, je n'en ai relevé que deux cas; deux autres faits concernent des hernies obturatrices; dans tous les autres, il s'agissait de hernies inguinales (24 fois) et crurales (12 fois). Une opinion très répandue consiste à croire que le diverticule de Meckel ne peut se rencontrer que dans les hernies du côté droit ; à cet égard, le cas de M. Auvray confirme la règle. Cependant je dois faire remarquer qu'on l'a trouvé six fois dans une hernie inguinale gauche [Kirmisson (2), Wesbter (3), Thompson (4). Hara (5), Kœnig (6), Payr (7)] et une fois dans une hernie crurale gauche (Martin) (8). Ces particularités de siège s'expliquent peut-être par la distance un peu variable, à laquelle le diverticule s'insère sur l'iléon en amont de la valvule de Bauhin.

Si l'on envisage ces hernies d'après le sexe et l'âge, on ne sera pas surpris qu'elles soient bien plus communes chez l'homme, puisque, chez lui, le diverticule est au moins deux fois plus fré-

(1) Blanc. *Thèse* de Paris, 1899.
(2) Kirmisson. *Tr. des maladies congénitales*, p. 212.
(3) Webster. *Ann. of. Surgery*, avril 1902.
(4) Thompson. *Ann. of Surgery*, août 1898.
(5) et (6) Cités par Ekehorn. *Arch. f. kl. Chir.*, t. LXIV, p. 115.
(7) Payr. *Arch. f. kl. Chir.*, t. LXVII, p. 996.
(8) Martin. Cité par Cazin. *Th.* Paris, 1862.

quent que chez la femme; mais on est frappé de ce fait qu'elles sont réellement exceptionnelles chez l'enfant; à cet égard, les cas observés par Kœnig et par M. Auvray constituent de véritables curiosités. On en a bien vu deux cas chez des enfants de huit et dix ans; mais ce sont surtout des hernies de l'adulte. Je ne connais pas de raison anatomique qui explique cette particularité, d'autant plus bizarre que les hernies de l'appendice vermiforme sont relativement fréquentes dans le jeune âge et même chez le nourrisson, comme le démontre encore le récent travail de M. Estor (1).

Je m'en voudrais de vous esquisser une symptomatologie des vraies hernies de Littre, car elle serait purement théorique. Jusqu'à présent, en effet, elles n'ont jamais été diagnostiquées. Tout ce qu'on peut en dire, c'est qu'elles affectent une grande ressemblance aux points de vue anatomo-pathologique et clinique avec les hernies de l'appendice. Je ne pourrais que répéter ici ce que M. Broca a dit dans son rapport sur le cas de diverticulite herniaire de M. Brin. Je veux seulement ajouter que, dans trois cas, après réduction d'une anse herniée, le chirurgien avait constaté l'existence d'un cordon fixé dans le sac. Ce cordon, qui n'était autre que le diverticule adhérent, fut pris chaque fois pour de l'épiploon.

Dans son cas, M. Auvray, obligé d'aller vite, n'a pas cru devoir réséquer le diverticule de Meckel, qui d'ailleurs paraissait sain et était de dimensions très réduites. On ne saurait blâmer sa conduite. Cependant j'estime que, toutes les fois que les circonstances le permettront, on doit l'enlever et non le réduire, si on le rencontre dans un sac herniaire, car des corps étrangers peuvent se loger dans son intérieur; il peut être le point de départ d'accidents inflammatoires graves, sur lesquels M. Picqué a bien insisté. Enfin, spécialement dans le jeune âge, il faut bien savoir qu'un diverticule court ne conserve pas sa brièveté initiale, qu'il s'accroît avec l'âge, puisque, s'il offre chez l'enfant une longueur moyenne de 2 cent. 1/2, il mesure ordinairement chez l'adulte 8 à 9 centimètres, sans compter les cas comme celui de M. Guinard, où il atteint 23 centimètres.

Telles sont les quelques remarques que je désirais vous présenter à propos de l'observation de M. Auvray, qui soulève encore une autre question intéressante. Je veux parler de l'anesthésie dans les opérations sur le nourrisson. Mais je me réserve de revenir sur ce point lorsque, dans quelques mois, nous reprendrons la discussion sur la narcose par les différents appareils et les différents agents anesthésiques.

(1) Estor. *Rev. de Chir.*, 1902, I, p. 249.

En terminant, je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. Auvray, qui nous a déjà fait plusieurs communications intéressantes, et de l'inscrire, en bon rang, sur la liste des candidats à la place de membre titulaire actuellement vacante.

M. Broca. — Dans ce rapport est un point de pratique sur lequel je désire insister : je crois que M. Auvray a eu tort de ne pas donner le chloroforme, et de là est résulté un incident, qui heureusement n'a pas eu de suite, grâce à la décision prise en cours de route, de recourir à l'anesthésie. Si M. Auvray a commis cette faute, qu'il m'excusera de lui reprocher, c'est qu'il a été victime d'un préjugé courant hors du milieu spécial des chirurgiens d'enfants : la gravité de la chloroformisation chez les nourrissons. Or, il est certain que les nouveau-nés, même âgés de quelques jours seulement, supportent très bien le chloroforme. En particulier je l'ai observé sur ceux, assez nombreux et souvent très jeunes, que j'ai opéré pour hernie étranglée. Chez ceux-là, il faut évidemment aller vite, et je crois que M. Auvray a eu raison de ne pas réséquer le diverticule sain ; mais j'estime qu'il aurait mieux fait de terminer par une cure radicale, à laquelle j'ai toujours recours en ces conditions, sans en avoir vu aucun inconvénient.

M. Kirmisson appuie les conclusions de M. Broca. Le chloroforme est en effet très bien supporté malgré le jeune âge des sujets.

M. Rieffel. — Ainsi que je le disais à la fin de ce rapport, je n'ai pas voulu toucher la question de l'anesthésie chez le nourrisson. Mais je partage absolument l'opinion de MM. Kirmisson et Broca. Cette année même, dans mon service à l'hôpital Trousseau, j'ai pratiqué avec succès 7 kélotomies, pour hernies inguinales étranglées, sur des enfants au-dessous de deux ans. J'ai donné chaque fois du chloroforme et n'ai point eu à m'en repentir.

M. Kirmisson ajoute que le pronostic de la kélotomie, ainsi qu'il a été souvent dit, est toujours très favorable chez le nourrisson.

Lecture.

Recto-colostomie iliaque.

M. Jayle. — Sur un cas de recto-colostomie iliaque. — M. Demoulin, rapporteur.

Communication.

Cent cas d'anesthésie par l'appareil de Ricard,

par M. J.-L. FAURE.

J'ai tenu, avant de donner mon impression sur la valeur de l'appareil de Ricard, à avoir un nombre suffisant d'anesthésies. J'ai donc fait recueillir avec beaucoup de soin les détails des cent premières anesthésies que j'ai eu l'occasion de faire dans mon service d'Ivry. Les anesthésies, assez nombreuses, que j'ai faites en dehors de mon service, ont d'ailleurs pleinement confirmé les résultats obtenus à l'hôpital.

D'une manière générale, j'ai été absolument satisfait de l'appareil. Je n'ai plus l'inquiétude vague que j'avais autrefois au moment de l'anesthésie, et si j'avais à être moi-même endormi, je demanderais à l'être avec cet appareil ou un appareil analogue.

Sur ces cent anesthésies, je n'ai eu aucune alerte, aucun ennui sérieux. Un malade, le n° 9, a eu un arrêt respiratoire de quelques instants, sans pâleur, sans rien qui puisse donner aucune inquiétude. C'était un vieillard de soixante-sept ans auquel je pratiquais une gastrostomie. C'est un malade qui ne dormait pas complètement lorsque j'ai commencé l'opération.

Un autre malade, le n° 19, a eu aussi un arrêt respiratoire très léger. Il a suffi de tirer la langue hors de la bouche pour voir la respiration se rétablir. Le n° 20 a eu une anesthésie médiocre et le n° 35 franchement mauvaise. C'était un alcoolique qui, après une période d'excitation très longue, a eu, au cours de l'opération, un arrêt respiratoire avec phénomènes asphyxiques, cyanose, etc. Le tout n'a guère duré qu'une minute.

Enfin, j'ai perdu mon 99e malade à la fin de l'opération. Il s'agissait d'une obstruction intestinale datant de quinze jours. La laparotomie m'a montré que l'occlusion était causée par une énorme tumeur rétropéritonéale dont j'ai entrepris l'extirpation. Il s'agissait d'un rein gros comme une tête d'adulte et adhérent partout. L'opération s'est bien passée, sans perte de sang ni incident particulier. Mais au moment des sutures, le malade a commencé à respirer difficilement, à avoir du hoquet, ses respirations se sont espacées, et il a fini par succomber quelques minutes après l'opération. Il n'y a là rien dont on puisse charger le chloroforme. C'était un malade en pleine stercorémie, incapable de supporter l'opération longue et difficile que j'ai été obligé de lui faire, et qui a succombé au choc opératoire. J'ai la conviction que, sans appareil, il eût succombé beaucoup plus tôt, au milieu même de l'opération. Voilà pour les incidents.

Pour le reste, j'ai été frappé de la régularité, de la simplicité de l'anesthésie. Les vomissements, pendant l'opération, sont très rares, après l'opération peu fréquents, la période d'excitation est en général nulle ou légère, ainsi qu'en font foi les moyennes que je vais vous donner.

Je dois dire que j'ai été servi par les circonstances et que le chloroforme a été donné avec beaucoup de soin, de conscience et je dirai même de compétence, par mes deux externes, MM. Braillon pour les 50 premiers, et Cavaroz pour les 50 derniers.

Sur mes 100 cas, la période d'excitation a été nulle 45 fois, légère 39 fois et forte 16 fois seulement.

Les vomissements ont été nuls dans 60 cas, 9 fois seulement il y a eu des vomissements pendant l'anesthésie; après l'anesthésie, ils ont été légers 29 fois, abondants 9 fois seulement.

Il me paraît intéressant de donner la moyenne du temps employé pour obtenir l'anesthésie, depuis le commencement jusqu'à la résolution. Elle a été de 7 minutes 34 centièmes. Comme toujours, cette statistique est faussée du fait de quelques malades très difficiles à endormir et qui relèvent sensiblement la moyenne. Mais un très grand nombre de malades ont dormi en cinq minutes. Il est même une malade, le n° 55, endormie pour la pose d'un appareil de fracture bimalléolaire, qui était en résolution au bout de 2 minutes.

L'étude de la quantité de chloroforme employé n'est pas moins instructive. Elle a été, tous comptes faits, de 25 c. c. 06 par heure d'anesthésie, soit 37 gr. 35. Certains malades n'ont employé qu'une quantité vraiment très faible d'anesthésique. C'est ainsi que je trouve les chiffres suivants :

MALADES n^os	DURÉE de l'opération.	QUANTITÉ de chloroforme.
8	24 minutes.	6 cent. cubes.
25	23 —	6 —
28	17 —	5 —
30	25 —	8 —
40	27 —	8 —
41	17 —	6 —
54	33 —	8 —
70	16 —	9 —
73	16 —	7 —
78	18 —	6 —
81	13 —	5 —
90	20 —	8 —
91	20 —	7 —
97	20 —	8 —
100	25 —	9 —

Il est même un malade, le n° 55, qui, pour une anesthésie de 13 minutes, n'a pris que 3 centimètres cubes de chloroforme!

Il y a de ce chef une économie notable de chloroforme. Dans mon service, les flacons de 60 grammes ont été, dès les premières anesthésies, remplacés par des flacons de 25 et de 15 grammes, et le prix de l'appareil est déjà remboursé par les économies de chloroforme qu'a faites l'administration.

Il est un calcul qui, mieux que tous les autres, montre la régularité de ces anesthésies.

Si j'examine les résultats obtenus par chacun de mes externes, respectivement sur les 50 premiers malades et sur les 50 derniers, voici les chiffres que j'obtiens.

Avec mon premier externe, M. Braillon, la durée moyenne de la période d'anesthésie jusqu'à la résolution a été de 7 minutes 8 centièmes, et la quantité de chloroforme employée par heure a été de 22 c. c. 20.

Avec mon second externe, M. Cavaroz, l'anesthésie a demandé 6 minutes 6 centièmes, et la quantité de chloroforme employé a été de 24 centimètres cubes par heure.

Ce sont des chiffres sensiblement égaux et qui, je le répète, montrent de la façon la plus claire la régularité avec laquelle se fait l'anesthésie au moyen de l'appareil de Ricard.

C'est, je le répète, un appareil excellent et dans lequel j'ai la plus grande confiance. Bien entendu, si le rôle de l'aide qui donne le chloroforme est simplifié, celui-ci n'en doit pas moins surveiller l'anesthésie avec toute l'attention dont il est capable. Mais la régularité de cette anesthésie, qui tient avant tout à la régularité même de l'évaporation spontanée du chloroforme, et par conséquent des doses absorbées, permet précisément à l'aide de surveiller son malade beaucoup plus facilement que dans les anesthésies irrégulières.

Je n'ai qu'un reproche à faire à l'appareil de Ricard. Le masque qui l'accompagne n'est pas parfait. Je ne saurais trop engager notre collègue à le faire remplacer soit par le masque de l'appareil de Roth, soit par un masque à bords pneumatiques, pouvant s'appliquer très exactement sur la face de l'opéré en en épousant les saillies et les dépressions, et possédant des soupapes qui puissent bien fonctionner, quelle que soit la position du malade.

Présentations de malades.

Extirpation du ménisque articulaire externe du genou.

M. E. Michon. — Extirpation du ménisque articulaire externe du genou pour crises douloureuses et poussées d'hydarthrose. Guérison. — M. Chaput, rapporteur.

Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. PIERRE DELBET. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade que j'ai opérée pour une tumeur volumineuse de l'extrémité supérieure de l'humérus. J'ai fait un simple évidement.

La tumeur, malgré son volume, était entourée d'une coque osseuse complète sauf dans sa partie antéro-externe où la barrière osseuse paraissait rompue. Son aspect violet sombre était celui qu'on attribue aux tumeurs à myéloplaxes. Le pronostic de ces tumeurs étant souvent bénin, je n'ai pas voulu faire d'emblée le sacrifice du membre et je me bornai à faire un évidement très soigné.

L'opération terminée, il restait une énorme cavite limitée en haut par une simple coiffe cartilagineuse et dans le reste de son étendue par une coque osseuse mince. Le canal médullaire de l'humérus était fermé par de l'os.

Cette cavité a mis plusieurs mois à se combler. Aujourd'hui la guérison est complète. Il n'y a pas de récidive et l'opération date de plus de deux ans. Je l'ai faite en septembre 1903.

L'examen histologique a été fait avec beaucoup de soin par mon élève et ami Chevassu. Il a trouvé dans la tumeur tous les éléments de la moelle osseuse et surtout en très grand nombre des myéloplaxes dont quelques-uns, énormes, renferment plus de cent noyaux. Cette tumeur rentre donc dans ce qu'on appelle les sarcomes à myéloplaxes.

Il serait un peu long de vous lire la note que m'a remise M. Chevassu, mais je la donne pour la publier *in extenso* dans nos bulletins.

Ce cas est bien loin d'être unique. On a observé un certain nombre de faits semblables, particulièrement à l'extrémité supérieure du tibia et à l'extrémité supérieure de l'humérus. Mais le pronostic des tumeurs d'origine osseuse est si difficile à poser en clinique qu'il m'a paru intéressant de vous présenter ce nouveau fait.

Examen histologique, par M. CHEVASSU. — La tumeur a été examinée en des points divers, dans la zone centrale la plus homogène, et à la périphérie; le fragment périphérique était encore recouvert par une mince coque osseuse respectée, il n'a pu être étudié qu'après décalcification.

Au centre, on constate l'existence d'un nombre considérable de cellules géantes, ou myéloplaxes; elles ont des dimensions très variables, il en est d'immenses qui contiennent plus de cent noyaux sur une seule surface de coupe, il en est de toutes petites qui contiennent seulement deux noyaux; la plupart en contiennent de dix à trente.

Au point de vue de la configuration de leurs noyaux, les cellules géantes peuvent être divisées en deux groupes : les unes, moins nombreuses, possèdent des noyaux assez régulièrement arrondis, relativement clairs; ils laissent apercevoir les détails de leur réseau chromatique; les autres, plus abondantes, contiennent des noyaux très irréguliers, comme flétris; ils sont colorés de façon très intense, et les détails de leur structure sont difficilement appréciables.

Le protoplasma de la cellule géante est creusé, surtout dans les cellules les plus volumineuses, de vacuoles, souvent très grandes; ces vacuoles sont en général vides; mais d'autres contiennent, soit des globules rouges, soit une cellule volumineuse à gros noyau semblable aux myélocytes que nous rencontrerons tout à l'heure en dehors des cellules géantes; en étudiant un certain nombre de ces vacuoles à myélocytes, on rencontre toutes les transitions entre le myélocyte nettement isolé dans sa vacuole et le myélocyte qui s'incorpore à la cellule géante grâce à la diminution progressive de la vacuole qui l'entoure.

Les contours des cellules géantes sont remarquablement irréguliers; ils sont creusés de dépressions profondes au fond desquelles on aperçoit souvent des myélocytes, et hérissés de prolongements effilés qui semblent entourer ces myélocytes pour les englober peu à peu dans le corps même de la cellule géante.

Entre les cellules géantes, on trouve trois sortes d'éléments : des globules rouges, des globules rouges à noyaux et des myélocytes.

Les globules rouges sont en général répandus sans ordre dans les espaces que limitent entre elles les cellules géantes; mais, en d'assez nombreux points, on les voit contenus dans de véritables vaisseaux capillaires; entre le sinus compris entre deux cellules géantes et le vaisseau capillaire vrai, on peut suivre plus d'une transition, sous forme de fins prolongements protoplasmiques partant de la cellule géante, pour limiter un canal dans lequel sont comprises les hématies, et devenir finalement un capillaire véritable.

Les globules rouges nucléés sont peu abondants, mais on en rencontre d'indiscutables, soit dans les capillaires, soit dans les sinus, soit au contact des myélocytes.

Quant aux myélocytes ils sont assez abondants, et forment des amas cellulaires entre les cellules géantes, ou s'éparpillent le long des capillaires sous forme de cellules isolées. Grosses cellules à gros noyaux réguliers, ils prennent rarement l'aspect de polynucléaires, mais on retrouve quelques polynucléaires non douteux au milieu des amas de myélocytes. Beaucoup de ces myélocytes acquièrent, tant par leur noyau que par leur protoplasma, des proportions volumineuses, et l'on serait tenté de croire qu'il n'y a pas de limite nette entre les plus gros de ces éléments et les plus petites des cellules géantes.

En définitive, la masse centrale de la tumeur est formée par un ensemble de cellules, toutes dérivées des éléments normaux de la moelle osseuse, mais en proportions et en dimensions tout à fait anormales; s'agit-il là d'un néoplasme véritable, est-ce simplement une inflammation plus ou moins spécifique, la chose est difficile à affirmer; c'est en tout cas la forme de tumeur de la moelle osseuse que l'on désigne habituellement sous le nom de sarcome à myéloplaxes.

A la périphérie de la tumeur, la coque osseuse, très atrophiée, est doublée par une assise conjonctive épaisse, dans laquelle on retrouve des myélocytes, mais en bien moindre quantité, et des cellules géantes,

mais de dimensions minimes, elles ont rarement plus de trois ou quatre noyaux; certaines cellules géantes arrivent au contact de la partie profonde de l'os qui est surtout tapissée par sa couche habituelle d'ostéoblastes.

Dans l'intérieur même de la coque osseuse, on retrouve des canaux de Havers remplis d'une moelle osseuse encore adipeuse, quoique légèrement enflammée, car elle est plus riche en cellules que la moelle osseuse normale; mais il ne semble pas que le « sarcome à myéloplaxes » ait poussé aucun prolongement à leur intérieur.

M. Potherat. — J'ai rappelé jadis ici, à l'occasion d'une discussion sur des faits analogues à celui de mon ami Delbet, que j'avais opéré une toute jeune femme qui m'avait été adressée par son médecin pour que je fisse une désarticulation de la hanche. La tumeur siégeait dans l'extrémité inférieure du fémur, elle était extrêmement volumineuse. J'insistai près de la malade et la famille pour obtenir leur consentement à une opération radicale, après toutefois un examen local de la tumeur ouverte sous le chloroforme. Je n'obtins pas cette autorisation, je fis donc un évidement de toute l'extrémité inférieure du fémur, au niveau des condyles, puis j'écrasai la coque osseuse pour favoriser le rapprochement des parois. Cette malade guérit parfaitement; elle est encore guérie aujourd'hui, près de douze ans après mon intervention.

M. Quénu. — Je pense qu'il convient toujours de faire des réserves quand on prononce le mot sarcome et qu'il vaut peut-être mieux dire tumeur à myéloplaxe, que sarcome.

En outre je tiens à insister sur le rôle de protection de la coque osseuse qui explique les résultats en apparence paradoxaux des statistiques allemandes. Celles-ci montrent que les résultats même tardifs sont meilleurs, avec une opération économique, telle que la résection qu'avec l'amputation. C'est que la première s'est adressée a des cas dans lesquels les parties molles n'étaient pas envahies et que c'est par ces parties molles, muscles et veines, que se font surtout les propagations sarcomateuses.

M. Pierre Delbet. — Je n'ai pas voulu m'étendre sur la question histologique, bien qu'elle soit du plus haut intérêt. Tous les points que vient d'envisager M. Quénu sont étudiés dans la note de M. Chevassu.

La coque osseuse a certainement une grande importance, mais il faut bien s'entendre à son sujet. Elle est due non pas à une distension mécanique de l'os ancien mais à de l'os de nouvelle formation. La distension simplement mécanique serait d'ail-

leurs incompréhensible puisque ces tumeurs ont souvent un diamètre huit ou dix fois plus grand que celui de l'os sur lequel elles se développent.

En opérant ma malade, j'ai enlevé un fragment de la coque osseuse et l'examen histologique en a été fait. On y voit des canaux de Havers à peu près normaux, et à la partie profonde une couche d'ostéoblastes. Il s'agit donc bien là d'os nouveau. Cela d'ailleurs ne retire rien à la valeur protectrice de cette coque, bien au contraire. Elle apparaît comme une zone de défense, de protection que l'on peut comparer aux capsules fibreuses qui se forment autour des tumeurs bénignes.

Prothèse métallique de la face (Restauration du sinus frontal).

M. Pierre Sebileau. — Je vous présente pour la quatrième fois, pour répondre au désir de M. Ch. Nélaton, le malade à qui j'ai pratiqué la restauration du sinus frontal au commencement du mois d'avril 1903, avec l'assistance de M. Léon Delair.

La pièce n'a subi nul ébranlement; elle fait, pour ainsi dire, corps avec les tissus. Les téguments qui la recouvrent ont leur couleur, leur élasticité normales. La région frontale droite et la région frontale gauche sont absolument symétriques. J'ajoute qu'il n'existe aucune suppuration nasale.

Le résultat est donc, on peut le dire, parfait. Il se maintient tel depuis trois ans.

C'est un bel exemple de tolérance des tissus pour un corps étranger; il s'agit ici de tissus infectés (suppuration du sinus) et de tissus en continuité permanente avec le milieu extérieur (fosses nasales).

C'est, proprement, d'une prothèse ouverte qu'il s'agit ici.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. GUINARD dépose sur le bureau de la Société une observation de M. SCHMID (de Nice), intitulée : *Une observation de torsion du grand épiploon.* — Travail renvoyé à une Commission dont M. GUINARD est nommé rapporteur.

M. REYNIER apporte un travail de M. LOP (de Marseille), intitulé : *tétanos consécutif à une injection de sérum antitétanique etc.* — Travail renvoyé à une Commission, dont M. REYNIER est nommé rapporteur.

Lecture.

Traumatisme cranien sans fractures et ponction lombaire (1),

par M. le professeur DJÉMIL PACHA.

Le 7 septembre dernier, j'ai soigné dans mon service un malade qui souffrait d'une céphalalgie très intense à la suite d'une chute.

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

C'était un homme âgé de cinquante-deux ans et bien portant. La veille il fit une chute sur ses pieds d'une hauteur à peu près de 2 mètres. Il n'a pas perdu connaissance et a pu se rendre chez lui sans aucune aide. Il a souffert tout simplement de douleurs des talons et des jambes. Quatre heures après l'accident il a eu des douleurs de tête et des vomissements. Le 8 septembre 1905, il s'est mis au lit avec des douleurs atroces de tête et dans cet état on l'a transporté à mon hôpital.

A l'examen, aucune contusion, aucune excoration sur le corps et pas d'ecchymoses sur la tête et paupières et le pharynx. La céphalalgie est très intense, pas de fièvre et pas de vomissement, le pouls est un peu ralenti à 61. A cause des douleurs, il reste couché, l'intelligence est intacte. J'ai prescrit des compresses froides et frictions sur les jambes.

Le 9 septembre 1905, l'état général est le même, pas de fièvre, pas de vomissement, vives douleurs de tête. Aucune ecchymose sur la tête et les paupières, etc. J'ai pratiqué une ponction lombaire et retiré avec grand étonnement 25 centimètres cubes de liquide céphalorachidien très hémorragique, avec une pression très énergique. Tout de suite après il a eu un grand soulagement et quelques heures après la céphalalgie a diminué énormément.

Le 10 septembre, pas de douleurs de tête, température 38°2 et le pouls 72; il s'est assis dans son lit.

Le 11 septembre, les douleurs de tête ont recommencé, et le malade me prie de faire cette piqûre du dos qui lui avait provoqué un soulagement immédiat. J'ai pratiqué une seconde ponction et retiré 20 centimètres cubes de liquide hémorragique; soulagement immédiat, pas de douleur de tête.

Le 12 septembre, très peu de douleurs de tête.

Le 13 septembre, la céphalalgie était insupportable, je trouve le malade couché dans son lit dans un état lamentable. Fièvre 38°5, le pouls 38, et nausées; 3e ponction lombaire, je retire 25 centimètres cubes de liquide céphalorachidien très peu coloré de sang.

Le 14 septembre, l'état général est bon, pas de douleur de tête, pas de fièvre.

Le 15 septembre, aucune douleur, pas de fièvre.

Le 22 septembre, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Chez mon malade, il n'existait probablement pas de fracture du crâne et j'admets plutôt un traumatisme cranien médiat qui est guéri sûrement par la bonne méthode de Tuffier : Ponction lombaire.

A propos du procès-verbal.

Dilatation stomacale aiguë post-opératoire.

(Suite de la discussion).

M. Moty. — La pratique des laparotomies à la cocaïne permet de se rendre compte des réactions péritonéales ou viscérales de l'abdomen en dehors de toute perturbation chloroformique et le relevé qne nous avons fait de 120 cas environ d'opérations d'appendicite à froid avec cocaïnisation locale nous a montré que ces réactions se présentaient d'une manière très apparente chez un peu plus de 6 p. 100 des opérés. Sur la table d'opération même au moment de l'ouverture du péritoine on observe assez fréquemment une sorte de malaise lipothymique qui fait dire au patient : « je vais vomir », mais le malaise disparaît aussitôt que le péritoine est refermé ; et bien qu'il soit difficile de l'attribuer à autre chose qu'à l'ouverture du péritoine, son peu de durée et son peu de gravité le mettent au second plan et je ne m'y arrêterai pas.

Les phénomènes réactionnels consécutifs que je veux envisager sont les vomissements et la diarrhée qui s'accompagnent ordinairement de sensations pénibles au niveau du creux épigastrique ou dans l'abdomen, sensations qui disparaissent trop rapidement après l'évacuation des viscères en cause pour être considérées comme symptomatiques d'une infection péritonéale.

Les résultats de notre relevé sont contenus dans les tableaux suivants comprenant 8 opérés sur 120 dont l'un avec récidive des accidents au douzième jour est compté deux fois.

1° *Époque des accidents.*

	1res 24 heures.	2e jour.	3e jour.	4e-8e jours.	8e-9e jours.
Vomissements . .	3	2	»	»	1
Diarrhée	»	»	1	5	1

2° *Rapports des accidents.*

Vemissements seuls.	Diarrhée seule.	Vomissements et diarrhée.
3 cas.	2 cas.	4 cas.

Ces 8 cas comprennent 5 opérations simples avec appendice libre ou peu adhérent et 3 opérations plus ou moins difficiles par

suite d'adhérences ; la réunion immédiate et apyrétique a toujours été obtenue. Bref sans entrer dans des détails qui seraient ici hors de propos, en dehors des troubles du tube digestif les opérés n'ont accusé qu'un sentiment de distension stomacale ou de crampes intestinales différant sensiblement des douleurs vives de la péritonite. On remarquera que les vomissements se sont produits de préférence les deux premiers jours, que la diarrhée se manifestait surtout du quatrième au huitième jour; quand les deux symptômes coexistaient le ou les vomissements ouvraient la scène. L'accélération du pouls concordait avec le degré des troubles. Telles sont les données de notre petite statistique; nous sommes portés à classer les troubles passagers que j'ai relevés dans le même cadre que les accidents graves rapportés par M. Reynier et à leur attribuer une pathogénie complexe dont les facteurs principaux seraient : 1° l'élément émotif plus important peut-être avec la cocaïne qu'avec le chloroforme; 2° les réflexes partant du plexus solaire ou du pneumogastrique; 3° l'auto-infection par fermentation prolongée et anormale des liquides accumulés dans le tube digestif en plus ou moins grande quantité suivant le degré de parésie intestinale. Ce dernier élément, très important dans les cas graves, ne jouerait qu'un rôle effacé dans les cas légers.

La conclusion la plus importante à tirer de ces faits, c'est qu'il ne faut pas s'effrayer d'un vomissement survenant un ou deux jours après une intervention (suivie d'une diète absolue) et que des phénomènes d'auto-intoxication intestinale d'apparence grave et même très grave peuvent disparaître rapidement après l'évacuation des produits toxiques. L'aspect général des malades est d'ailleurs rassurant dans les formes légères de ces accidents post-opératoires.

Quoi qu'il en soit, nous considérons les faits signalés par MM. Reynier, Legueu et Quénu comme le dernier anneau d'une longue chaîne qui commence au vomissement unique purement réflexe des premières vingt-quatre heures et qui comprend tous les degrés de troubles digestifs consécutifs aux traumatismes péritonéaux jusqu'à la péritonite aiguë exclusivement.

M. Hartmann. — Dans la discussion actuelle, il me semble que quelques-uns de mes collègues confondent deux ordres de faits.

Les uns semblent correspondre à des paralysies plus ou moins marquées de la tunique musculaire de l'estomac et ne sont à des degrés différents, que le résultat d'infections péritonéales plus ou moins sérieuses. A un faible degré c'est une simple distension gazeuse comparable à celle de l'intestin qui suit si fréquemment

les opérations abdominales et gêne un peu les malades jusqu'à l'expulsion des gaz. A un degré plus avancé, ce sont des paralysies avec distension considérable, gêne respiratoire par refoulement du diaphragme, vomissements abondants pouvant même quelquefois contenir du sang, le plus souvent élévation de température. Dans tous ces faits et quelle que soit du reste leur interprétation il y a lieu, comme l'a indiqué mon maître Terrier, de faire le lavage de l'estomac.

Mon ami Delbet nous a parlé de faits d'un autre ordre et a insisté sur ces paralysies gastriques qui suivent quelquefois les opérations sur l'estomac et doivent être distinguées du circulus viciosus dû à une mauvaise position de l'intestin anastomosé. Ces paralysies existent bien réellement et l'accumulation de liquides dans l'estomac peut se produire dans des cas où le circulus viciosus n'est pas incriminable. J'ai déjà publié, il y a des années, des observations de cet ordre. Il s'agissait de résection stomacales suivies d'implantation duodéno-gastrique, cas où il n'y a pas de circulus possible; ce sont alors de véritables régurgitations plutôt que des vomissements qui se produisent. Dans de pareils cas, pour réveiller la contractilité gastrique, j'ai l'habitude non seulement de faire le lavage mais, une fois l'estomac vidé et lavé, d'y introduire immédiatement par la sonde 250 centimètres cubes de lait. En répétant au besoin plusieurs fois par jour ce gavage on arrive à guérir des malades qui certainement auraient succombé si on les avait abandonnés à eux-mêmes.

M. TUFFIER. — J'étudierai successivement les divers cas de dilatation aiguë de l'estomac qui vous ont été communiqués et j'y joindrai un rapport sur trois cas de gastro-entérostomie de M. le Dr Antipas (de Constantinople), dont j'ai été chargé depuis longtemps ; une de ces observations, la seule intéressante, a trait au fait de dilatation gastrique aiguë post-opératoire qui nous intéresse actuellement.

Il faut bien spécifier que le nom de *vomissements post-opératoires* ne fait que traduire un symptôme plus important : *la sécrétion gastrique exagérée et spéciale* dans ces cas; c'est cette sécrétion et par conséquent les réflexes qui en sont l'origine qui constituent tout l'intérêt de la question pendante. Je crois qu'à cet égard, nous avons réuni sous le même chef des faits absolument différents et qu'il faut séparer. Je distinguerai à cet égard la *distension simple avec sécrétion noirâtre* capable de guérir par le lavage de l'estomac. Ce sont là des faits de notoriété commune et sur lesquels je n'appellerais même pas l'attention si je ne voulais écarter le soupçon que M. Reynier a fait planer du haut de cette

tribune, sur notre pratique. Pour ma part, et je crois que c'est notre façon de faire à tous : quand après une opération, et surtout après la gastro-entérostomie, l'épigastre se tend et devient le siège d'une ectasie gastrique avec symptômes d'hypersécrétion, je pratique le lavage de l'estomac et cela est de pratique absolument courante dans mon service depuis bien des années.

Une deuxième variété de dilatation avec hypersécrétion aiguë est celle qu'on rencontre chez les opérés dont *l'estomac était antérieurement dilaté* ; le développement gastrique peut alors acquérir ce volume énorme dont on vous a parlé, et, en somme, la distension extrême est due, comme dans le cas précédent, à une paralysie de l'estomac jointe à l'ectasie.

Le cas que M. Antipas nous a rapporté appartient à cette variété : c'est à la suite d'une gastro-entérostomie que la dilatation avec hyper-sécrétion aiguë s'est manifestée et dans les conditions suivantes :

Il s'agissait d'un homme de cinquante-cinq ans présentant une ectasie gastrique que les divers médecins consultés et, entre autres, Nothnagel regardaient comme une dilatation par sténose fibreuse du pylore. Le 1er novembre, l'état général du malade était devenu si mauvais que M. Antipas pratiqua la gastro-entérostomie trans-mésocolique sous la narcose à l'éther; il existait une induration pylorique et l'estomac avait été constaté très dilaté et sans mouvements péristaltiques. L'opération correctement conduite, le malade succombait quarante-six heures après l'opération avec tous les signes d'un étranglement interne. Ces symptômes sont presque semblables à ceux de la péritonite puisqu'ils comptent l'absence d'émission de gaz, les nausées et les vomissements, la fréquence et la petitesse du pouls et la température normale jusque cinq heures avant l'issue fatale. L'autopsie fut pratiquée quelques heures après la mort et c'est précisément ce qui donne tout son intérêt à cette observation : *L'estomac descendait jusqu'au pubis et contenait 4 litres d'un liquide noirâtre*; il n'existait pas trace d'une exsudation quelconque dans le péritoine; les sutures étaient parfaitement étanches. Or, l'ancien pylore et le *pylore artificiel étaient parfaitement perméables* et il n'existait pas trace d'une disposition anatomique quelconque de circulus viciosus. Aussi, l'auteur dit-il qu'il ne comprenait pas comment cette masse liquide de 4 litres était restée dans le viscère alors qu'il pouvait descendre par l'anastomose gastro-intestinale. Je tenais à vous rapporter ce fait qui est véritablement typique; quelle que soit l'origine des accidents, il est certain que la seule lésion visible à l'autopsie était une dilatation extrême de l'estomac avec hypersécrétion du liquide noirâtre classique. L'évacuation

par la sonde et le lavage de l'estomac aurait-elle supprimé les accidents? C'est là une question difficile à trancher. Il est cependant admissible que l'évacuation eût favorisé la guérison du malade et ceci m'amènera à interpréter les faits dont j'ai été témoin.

La troisième variété absolument différente des précédentes, et celle sur laquelle on peut élever un doute, est celle d'une dilatation subite survenant après une opération et capable d'augmenter le volume de l'*estomac normal* à tel point qu'il aille de l'appendice xiphoïde au pubis. Je n'ai jamais vu de cas de ce genre, leur existence me paraît problématique parce que si l'on essaie d'insuffler l'estomac sur le cadavre même, il est extrêmement difficile de lui faire acquérir un pareil volume. Je crois donc qu'il faut serrer de très près les observations de ce genre pour pouvoir démontrer qu'avant l'opération l'estomac ne présentait aucune dilatation pathologique.

Dans tous ces faits le liquide noirâtre hypersécrété contient généralement du sang, mais du sang altéré à ce point qu'il est non seulement à l'œil nu, mais histologiquement méconnaissable et n'est révélé que par *l'emploi du spectroscope*.

* * *

Il faut séparer des faits précédents les observations dans lesquelles ce ballonnement épigastrique est dû, non plus à du liquide mais *à des gaz*. Dans la première variété, le pronostic bien que variable doit toujours être réservé ; au cas d'ectasie par des gaz il est beaucoup plus bénin. Je pourrais, à cet égard, vous rapporter deux observations dans lesquelles il a suffi, non pas de traumatisme opératoire, mais de traumatisme accidentel sur la région épigastrique pour provoquer un tel ballonnement de la région que la laparotomie s'imposait. Il s'agissait dans le plus typique de ces deux faits d'un homme tombé d'une échelle sur le parquet. Immédiatement après l'accident, la région épigastrique prit un volume énorme, le blessé transporté dans mon service, un chirurgien de garde appelé, affirma la rupture viscérale et fit une laparotomie ; il n'y avait aucune lésion intestinale ni gastrique. L'abdomen fut refermé, mais, dès le lendemain, la distension était devenue telle que les sutures coupaient et que l'épiploon seul forma barrière entre les deux lèvres de la plaie, ce fut la seule paroi abdominale pendant une quinzaine de jours. Lorsque j'interrogeai ce malade, il m'apprit qu'ayant été dans les mêmes conditions après un accident de chemin de fer il avait failli déjà passer par la laparotomie. Ces faits là sont absolument différents

des précédents; il s'agit de parésie gastrique de forme spéciale qui n'a rien à voir avec la septicémie ni avec les phénomènes hystériques que nous connaissons bien. Il s'agissait dans ce cas d'un homme d'une cinquantaine d'années chez lequel on ne pouvait relever aucune tare névropatique.

Lorsque la *dilatation aiguë avec hypersécrétion* dont elle est la signature reconnaît pour origine une *septicémie légère*, elle guérit par l'évacuation de l'estomac et le lavage. Les cas rebelles à cette médication sont uniquement ceux qui sont caractérisés par des phénomènes septiques graves; la septicémie continue malgré le lavage de l'estomac et les malades n'en succombent pas moins. Je crois donc que l'évacuation est un excellent moyen de traitement mais qu'il ne faut pas lui demander la guérison des phénomènes septiques dont la dilatation aiguë gastrique n'est le plus souvent qu'un simple effet. Quant au traitement de l'*ectasie aiguë d'un estomac normal sans septicémie* et avec cette énorme hypersécrétion de liquide et de sang, nous devons enregistrer les faits sans prétendre actuellement à une interprétation; mais je les crois particulièrement rares et la nécessité d'observations *absolument démonstratives* s'impose. En tout cas, ils ne peuvent être confondus avec les faits de *circulus viciosus*; le diagnostic différentiel en est facile : c'est un reflux biliaire, c'est le séjour indéfini des aliments digérés dans l'estomac qui constitue ce circulus; il s'accompagne de vomissements plutôt que d'ectasie nouvelle. Je crois donc qu'ils peuvent être séparés cliniquement de la dilatation aiguë avec hypersécrétion de l'estomac.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je suis très heureux de la discussion qui a suivi la communication de M. Legueu et la mienne. N'aurait-elle eu pour résultat que d'attirer un peu plus l'attention sur ces paralysies stomacales plus fréquentes qu'on le croit, après nos interventions chirurgicales, et sur la nécessité qu'a le chirurgien d'avoir dans son arsenal un tube Faucher, dont il sache se servir rapidement, si besoin est, que cette discussion aura eu son utilité et que je me félicite de l'avoir provoquée.

Si, en effet, j'apprends avec plaisir que quelques-uns de mes collègues ont recours à l'heure actuelle à cette thérapeutique, je m'en félicite; car il y a deux ans, quand j'ai fait sur ce sujet ma première communication, ce lavage de l'estomac était en chirurgie après nos opérations fort peu employé et si cette thérapeutique avait été, il y a longtemps déjà en Allemagne, et par Kœberle en 1873, préconisée contre la péritonite, on était en France resté sceptique ou tout au moins on ne l'expérimentait pas.

Je n'ai donc pas la prétention d'inventer ni la dilatation stomacale, ni le lavage de l'estomac. Si ma communication n'avait eu pour but, comme semblait le croire M. Terrier, de dire que quand un estomac est plein, il faut le laver, elle mériterait le terme de naïve dont il s'est servi, ne le reproduisant pas dans le compte rendu, jugeant probablement lui-même qu'il était peu académique.

Je ferai remarquer à M. Terrier que la difficulté, et la nouveauté n'est pas de « laver un estomac plein », mais de reconnaître qu'il est plein, et de savoir rapporter à cette paralysie stomacale des symptômes qu'on attribuait, lui le premier, à tout autre chose.

J'ai en effet toujours entendu dire que la petitesse et la fréquence du pouls, le facies péritonéal, la douleur sous-costale étaient symptômes de péritonite. Ce diagnostic est porté d'autant plus facilement que ces malades, contrairement à ce que disait M. Terrier, qui semble parler de tout autres malades, généralement vomissent a peine et que l'attention est peu attirée sur leur estomac : ils n'ont que quelques hoquets, quelques régurgitations noirâtres auxquels on a donné le nom de matières fécaloïdes, de vomito negro, en indiquant ainsi qu'on méconnaissait la nature.

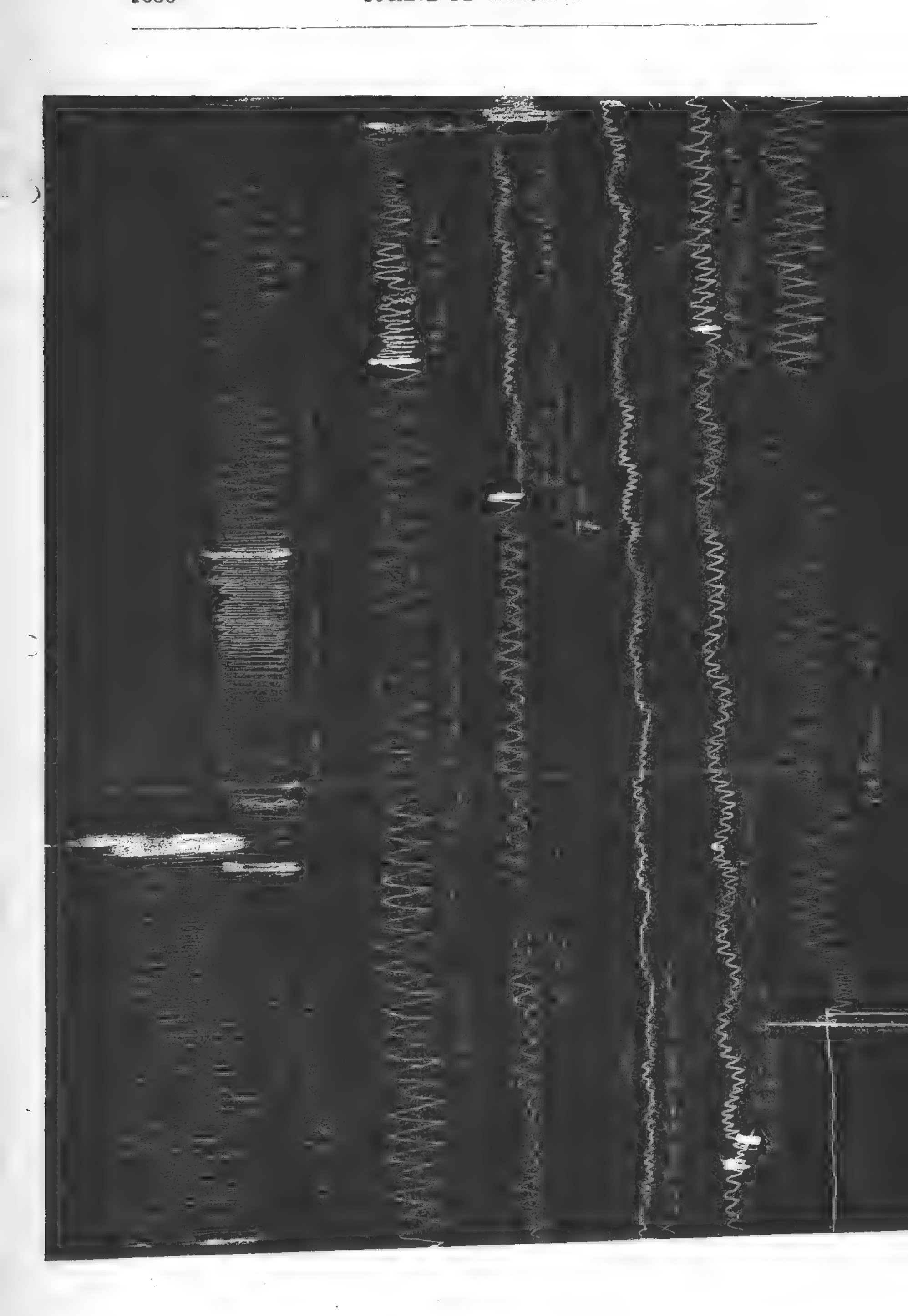
Or, aujourd'hui, me basant sur l'expérience physiologique et sur l'observation clinique, je viens dire que ces symptômes ne sont pas dus à la péritonite, mais à une paralysie stomacale, se produisant soit par simple trouble réflexe, soit par le fait de l'infection péritonéale. Ces symptômes en effet disparaissent avec le lavage de l'estomac et peuvent être reproduits expérimentalement.

Je vous demande même la permission de vous mettre sous les yeux le tracé de l'expérience dont je vous avais parlé la dernière fois, et qui est celui de la pression artérielle d'un chien, auquel j'avais rempli l'estomac après occlusion du cardia et du pylore. Sur ce tracé vous pouvez voir la baisse de la pression artérielle se produisant à mesure que l'estomac se remplit, et vous la voyez ensuite remonter lorsque l'estomac se vide.

Vous avez donc bien là la preuve expérimentale de l'influence de la dilatation stomacale suraiguë sur l'ensemble de la circulation et sur le cœur.

Ceci dit j'en viens à la pathogénie de ces dilatations.

Je réponds à MM. Routier, Walther, Terrier, qui les mettent toutes sur le compte de l'infection, que celle-ci n'est guère admissible dans ces dilatations aiguës qui apparaissent comme dans le cas de M. Chavannaz, comme dans celui de Bockart, celui de M. Legueu, le mien, et celui que vient de me faire connaître



M. Auguste Reverdin consécutivement à des opérations rénales par voie lombaire, telles que néphropexies, ablation de tumeurs, où le péritoine n'a pas été touché, et où on a pu comme dans mon observation vérifier en ouvrant le ventre qu'il n'y avait avec cette dilatation aucune trace d'infection. Je vous demande la permission de vous lire la lettre que m'a écrite M. Reverdin, et de la verser au débat.

Genève, le 1er décembre 1905.

MON CHER REYNIER,

Oui certes il se présente *en dehors de toute infection appréciable* des phénomènes semblables à ceux que vous avez décrits. Je me permets de vous en donner un exemple, il sera une flèche de plus dans votre carquois, et non celle du Parthe !

J'enlevai certain jour à une femme un *énorme* fibrome développé en *arrière du rein*, dans sa capsule adipeuse.

Le rein, qui était fortement refoulé en avant, fut supprimé avec la tumeur.

Le second jour, quelques vomissements, qui augmentent les sixième et septième ; je les attribue à une dilatation de l'estomac due au fait que cet organe, longtemps comprimé par la tumeur, s'est trouvé *subitement dégagé* et que pour cette cause, ou pour toute autre, il s'est dilaté au point de contenir les cuvettes de liquide que régurgite la malade. Un sondage suivi d'un lavage de l'estomac (huit litres d'eau salée chaude) font cesser *instantanément* et *définitivement* les vomissements. La malade qui était en train de trépasser par défaut d'alimentation s'est vivement remontée et n'a pas tardé à guérir.

Une remarque en passant :

Dans les cas cités par M. Legueu, il s'agit d'interventions portant sur le *rein* ; de même dans celui du prof. Bockardt comme encore dans celui que je viens de vous rapporter.

Trouverait-on dans ces faits une explication à opposer à l'hypothèse de l'infection septicémique ?

Mais un fait encore plus probant est celui cité par le Dr Henry Morris (de Londres), où une paralysie stomacale se terminant par la mort se serait produite après chloroformisation pour une ouverture de l'articulation tibio-tarsienne.

Je crois qu'à moins d'avoir la phobie, que je respecte, mais que je traiterai d'irraisonnée, de l'infection, il faut bien penser que dans ces cas elle fait défaut, comme elle fait encore défaut dans ces dilatations stomacales suraiguës dont on a donné des exemples en Allemagne, et qui seraient consécutives à des poses de corsets de Sayre.

Pour moi, ces dilatations sont comparables à ces rétentions

d'urine succédant à des dilatations anales. Et si dans les opérations rénales elles paraissent plus fréquentes, c'est probablement, comme le dit M. Legueu, que dans ces interventions on traumatise des filets du plexus solaire. Et ceci n'est pas une vue d'esprit, car ayant le malheur d'être pour M. Quénu un chirurgien physiologiste, j'ai pu sur des chiens en électrisant le plexus solaire produire cette dilatation stomacale.

Les Allemands, qui ont relevé de ces cas de dilatation suraiguë à la suite d'opérations de calculs biliaires où nous admettrions volontiers également l'action du plexus solaire irrité, vont chercher en dehors de l'infection d'autres causes. C'est ainsi que Kundrat, Albrecht, Müller admettent que la descente et l'emprisonnement de l'intestin grêle dans le petit bassin produirait un tiraillement du mésentère entre lequel et l'aorte se trouverait comprimée la dernière portion du duodénum. Le cas de Bochart répondrait à cette manière de voir.

Dans un travail paru dans *Archiv für klinische Chirurgie*, 1901, le Dr Kelling combat cette théorie et cherche dans des dispositions anatomiques particulières la raison de ces dilatations suraiguës, avec absence de vomissements ; pour lui il existerait des personnes chez lesquelles l'estomac se remplissant, il se produirait spontanément une fermeture au cardia et au duodénum, elles auraient par suite une prédisposition à ces dilatations suraiguës. Chez ces personnes, le cardia au lieu d'être vertical, serait légèrement oblique en bas ; il en résulterait que l'œsophage à sa partie inférieure ferait un coude qui s'exagérerait par la distension de l'estomac, d'où formation d'un pli de la muqueuse stomacale au niveau du cardia, pli qui fermerait le cardia comme une valvule.

Celui-ci se dilatant et agissant ainsi sur le duodénum qu'il tend à entraîner, celui-ci subirait, lui aussi, une flexion à une hauteur variable dépendant de la longueur de son ligament suspenseur, et quelquefois d'adhérences pathologiques fréquentes dans cette lésion. Ce coude du duodénum déterminerait dans l'intérieur de l'intestin un repli de la muqueuse qui contribuerait à la fermeture complète de celui-ci.

Or, tantôt cette occlusion duodénale se produit au-dessus, tantôt au-dessous de l'embouchure du cholédoque, et dans le premier cas on ne trouve pas dans l'estomac de bile, mais un liquide mélangé de la sécrétion gastrique exogène, et de sang, cette surdilatation donnant lieu, d'après Kelling, comme nous l'avons constaté nous-même, à une transsudation sanguine. — Des observations de Erdmann Fraenkel, Reidel, Bory (cités par Kelling)

viendraient à l'appui de cette manière de voir. Quand la flexion siège au-dessous du cholédoque, on trouve dans l'estomac de la bile, ce qui semblerait être le cas le plus fréquent.

D'après toutes ces recherches, vous pouvez voir que ces dilatations aiguës discutées ici chez nous sont à l'heure actuelle admises et étudiées en Allemagne, et qu'on cherche ailleurs que dans l'infection leur explication.

Il existe donc en dehors de toute infection des dilatations stomacales suraiguës, des paralysies stomacales survenant à la suite de nos opérations, et constituant, contrairement à l'idée de M. Walther une entité morbide au même titre que la rétention d'urine venant compliquer nos interventions.

Mais il est indéniable que l'infection peut, elle aussi, en irritant le système nerveux péritonéal amener des troubles du côté de l'estomac.

Ces troubles peuvent se traduire par une dilatation stomacale suraiguë comparable à celle que nous avons décrite plus haut, l'estomac se remplissant de bile, de sang, de liquide aéré, et ne pouvant, chez quelques prédisposés, se vider.

L'explication que donne Kelling de ces faits peut donner la raison de ces différences individuelles.

Toujours est-il que ces dilatations d'origine infectieuse se produisant, elles se manifestent par les mêmes symptômes que nous avons exposés plus haut, facies péritonéal, petitesse, fréquence du pouls, état nauséeux, expectorations noirâtres. Et si vous intervenez par le lavage vous voyez les symptômes s'amender, le facies changer, le pouls se modifier. Mais s'il y a véritablement infection, le lavage ne guérit pas. Il donne un arrêt, fait remonter la pression artérielle et empêche le malade de mourir par le fait de ces troubles cardiaques réflexes. Il donne le temps, le sauvant de ce péril de lutter contre l'infection soit par la glace, le repos, la diète, soit par une intervention. Mais, je le répète, en cas d'infection indéniable, le mieux obtenu par le lavage n'est qu'un mieux précaire, et l'infection continue.

Je peux en citer un exemple :

Dernièrement dans mon service une malade laparotomisée le troisième jour, n'ayant pas eu de vomissements dans les premiers jours, présentait des phénomènes de dilatation stomacale. Je pratiquais le lavage de l'estomac et retirais une cuvette de liquide noirâtre. Immédiatement elle se sentait soulagée, son facies changeait, mais la température qu'elle présentait ne baissait pas. Deux jours après le facies changeait de nouveau; la malade demandait d'elle-même un nouveau lavage, qu'on lui faisait, qui paraissait la remonter. Elle cessa de vomir, mais le

neuvième jour elle mourait. A l'autopsie, nous trouvions une péritonite généralisée.

Vous comprendrez qu'après avoir constaté ces faits, si je vois au contraire les faits suivants ; un malade après une laparotomie a le pouls qui devient fréquent, son facies change, le ventre se ballonne, il a de la sensibilité épigastrique, la température ne s'élevant pas ; je lave l'estomac, je retire une cuvette de liquide noirâtre, et la scène change instantanément. Le malade crie après ce lavage son bien-être ; le facies change, j'assiste à une véritable résurrection, et le lendemain je suis reçu par un malade qui me déclare qu'il est guéri, et en effet sa guérison arrive sans autre accident, sans suppuration d'aucune sorte. Je suis bien obligé de me demander alors si même là, où je ne peux nier d'une façon absolue la possibilité d'une infection minime, il n'y a pas toutefois autre chose, et si la simple irritation traumatique des nerfs péritonéaux ne se traduirait pas ici par un simple réflexe stomacal. Certes, je ne peux l'affirmer. Mais je suis excusable d'y penser.

Quoi qu'il en soit, je remercie mes collègues de cette discussion qui m'a permis de m'expliquer plus longuement sur des faits qui méritaient à mon avis d'attirer votre attention.

M. Terrier. — Je n'ai pas à modifier ce que j'ai dit à la dernière séance. J'ai fait beaucoup d'opérations sur l'estomac et, comme tous ceux qui en ont pratiqué, j'ai constaté les bons effets du lavage de l'estomac dans tous les cas de stase. Je n'ai pas eu la prétention de découvrir une nouveauté, c'est un fait très ancien d'observation pratique et je le répète encore que je ne veux en aucune façon en discuter la pathogénie.

M. Paul Reynier. — Je suis heureux de me trouver en communauté d'idées avec M. Terrier, tout au moins sur l'utilité de ce lavage, et je le remercie de m'apporter l'appui de son autorité pour en vulgariser l'usage.

Rapports.

Hernie intercostale épiploïque, par M. le Dr SAVARIAUD.

M. ROCHARD, rapporteur.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur un travail que M. Savariaud vous a communiqué et qui a trait à l'histoire de la hernie intercostale.

Comme le fait remarquer justement notre collègue, ces hernies intercostales ne sont mentionnées dans aucun de nos classiques si ce n'est dans l'article « Hernies » du Dictionnaire de Jaccoud dû à la plume du professeur Le Dentu qui cite deux observations anciennes, l'une de Cruveilhier, l'autre de Cloquet, observations qui ont la plus grande analogie avec celle de M. Savariaud. Il s'agit, en effet, de l'issue d'un viscère abdominal à travers un espace intercostal affaibli par un ancien traumatisme. Mais avant d'étudier les caractères particuliers de ces hernies, je veux d'abord vous en donner l'observation.

OBSERVATION. — M..., quarante et un ans, coltineur, souffre depuis plusieurs années de troubles variés qui ont succédé à un violent effort et qui paraissent liés à l'hystéro-traumatisme. En 1898 il était occupé à conduire un wagonnet glissant sur des rails, lorsque celui-ci heurta un obstacle et revint violemment en arrière. M... ne tomba pas, mais il ressentit dans le bas des reins à l'union de la colonne vertébrale et du sacrum un craquement suivi d'une violente douleur. Il resta trois semaines, à se reposer, puis reprit petit à petit son travail, mais depuis lors il a toujours ressenti sa douleur de reins. Cette douleur revient à intervalles variables sous formes de crises d'une violence telle qu'il perd presque connaissance. C'est une douleur vertébrale qui le courbe en deux et qui dure de quelques minutes à quelques heures. Pendant longtemps il s'est soigné sur le conseil d'un médecin en appliquant au bas des reins un vésicatoire qui le soulageait invariablement. Depuis il a fait un grand nombre de services de médecine et partout on l'a considéré comme un hystérique. M... présente d'ailleurs la plupart des signes qu'on rapporte à cette névrose, et qui font écarter l'idée d'une lésion de la moelle épinière. Il se plaint aussi d'engourdissement dans les jambes, de crampes au niveau du nombril quand il vient de manger et quand il est constipé et qu'il fait des efforts pour aller à la selle. Ces derniers symptômes ayant disparu depuis l'opération de sa hernie, on peut se demander s'ils n'étaient pas occasionnés par elle. En somme M... serait uniquement justiciable de la médecine s'il ne présentait une cicatrice à la base du thorax au niveau des derniers espaces intercos-

taux du côté gauche. Cette cicatrice qui siège exactement dans le 10e espace sur la ligne axillaire est soulevée par une tumeur du volume d'une mandarine qui entre et qui sort lorsque que le malade respire et surtout quand il tousse ou fait des efforts. Lorsqu'on presse dessus elle rentre et le doigt s'engage à sa suite dans un trou de l'espace intercostal. Il s'agit très évidemment d'une hernie et même d'une hernie épiploïque a cause de sa matité et de l'absence de gargouillement. Interrogé depuis quand il porte cette hernie, M... dit que c'est la première fois qu'on lui parle de cette affection, et que des différents médecins qui l'ont examiné, aucun n'a paru remarquer ce qui m'intéresse si vivement; aussi accepte-t-il avec empressement l'idée d'une opération si celle-ci pouvait le débarrasser d'une partie de ses douleurs. Quand à l'origine de la cicatrice elle remonte à l'âge de quatre ou cinq ans. A cette époque M... tomba en jouant au fond d'un trou sur l'extrémité pointue d'une pioche. Il ne se rappelle pas bien alors ce qui se passa. Tout ce qu'il sait, c'est que la hernie date de cette époque et qu'elle a toujours augmenté depuis, mais lentement. Il ne paraît pas d'ailleurs qu'elle ait déterminé des troubles fort appréciables. Il faut noter toutefois que M... ressentait du côté gauche une certaine faiblesse surtout dans l'effort. Il y remédiait instinctivement par le port d'une ample ceinture qu'il enroulait plusieurs fois autour des reins. Il a souffert jusqu'à l'âge de vingt-deux ans de violentes coliques; mais celles-ci étaient évidemment liées à la présence de vers intestinaux, car elles cessèrent après l'expulsion d'un gros paquet de lombrics. D'ailleurs, depuis cette époque jusqu'à son accident, M... ne se plaignit d'aucun trouble, et exerçait courageusement son métier qui consistait à transporter des marchandises d'un poids souvent très considérable. Depuis, il a passé une partie de sa vie dans différents hôpitaux et a été obligé de renoncer à son métier de coltineur pour faire des besognes moins pénibles. Dans l'espoir que son état neurasthénique pourrait être amélioré par la cure de sa hernie je lui propose l'opération qui, je le répète est acceptée avec enthousiasme.

L'opération est pratiquée le 22 novembre 1904.

L'anesthésie, pratiquée avec l'appareil à chloroforme que le Dr Dupont expérimente dans le service de notre maître M. Reynier, a été parfaitement bien supportée malgré l'état nerveux du malade. Incision oblique, parallèle au 10e espace intercostal, sur la cicatrice.

Au-dessous de la peau et du pannicule adipeux, assez épais dans cette région, on trouve une tumeur constituée par une graisse rougeâtre distincte de la graisse sous-cutanée, dont elle est séparée par une enveloppe cellulo-fibreuse, et qui n'est autre que l'épiploon ayant perdu l'aspect lisse et brillant qu'il présente dans le péritoine. Cette masse graisseuse est facilement isolée des muscles avoisinants; elle possède un pédicule qui s'enfonce entre la 10e et 11e côtes. Cette masse épiploïque pouvant à la rigueur contenir une diverticule du péritoine ou même de l'intestin, on l'incise avec précaution et effectivement vers son pédicule on ouvre le péritoine qui forme un rudiment de sac, au niveau du collet; ce péritoine a été évidemment entraîné par glissement. L'épi-

ploon qui forme la hernie est divisé en trois paquets et réséqué le plus loin possible. Les trois moignons épiploïques disparaissent dans le ventre et on aperçoit à la place qu'ils ont laissée la rate qu'on peut aussi toucher du doigt.

La pointe de la pioche avait dû par conséquent pénétrer jusque dans le ventre à travers le dixième espace, sans léser aucun viscère, pas même la rate. Dans l'orifice ainsi creusé, qui devait être assez large en raison des dimensions du corps vulnérant, a dû se précipiter un bouchon d'épiploon, qui a constitué le début de la hernie. C'est là d'ailleurs la pathogénie ordinaire des hernies traumatiques et ce cas n'a vraiment de particulier que le siège de la blessure à travers les espaces intercostaux, en un endroit où on ne s'attend guère à rencontrer l'épiploon, et où la complication la plus habituelle des plaies pénétrantes est l'hémorragie souvent mortelle qui accompagne la blessure de la rate.

La cure radicale a été pratiquée en suivant les grandes lignes de la cure opératoire des hernies en général. Le sac une fois pédiculisé et attiré autant que possible à l'extérieur a été lié avec deux fils entrecroisés et réséqué. J'ai cherché alors à oblitérer le trajet de la hernie et là a été le temps difficile et incomplet de l'opération. Un fil de catgut a tenté de rapprocher et de mettre au contact les fibres des muscles intercostaux qui limitaient l'orifice, mais le peu d'élasticité de ces muscles à fibres courtes m'a empêché de serrer le nœud à fond sous peine de déterminer une déchirure. J'ai dû, pour compléter l'oblitération de l'espace intercostal, avoir recours à une autoplastie musculaire. Le muscle grand dorsal qui bordait en arrière la hernie a été attiré en avant comme un rideau pour masquer l'orifice pathologique et a été fixé dans cette position par 4 ou 5 fils de catgut. J'avais pensé aussi à supprimer l'espace intercostal en passant un fil non résorbable, un fil d'argent par exemple, autour des côtes limitantes et en serrant jusqu'à les amener au contact. Quoi qu'il en soit, les suites ont été normales; de malade parti en convalescence pour Vincennes en est revenu ces jours derniers pour se faire opérer d'une pointe de hernie inguinale. La cicatrice opératoire est solide, l'impulsion de la toux est à peine sentie, et le grand dorsal adhère dans la profondeur, ce qui prouve que l'opération a atteint son but.

Telle est l'observation de M. Savariaud qui jointe à celles de Cruveilhier et de Cloquet permet, pour nous servir de l'expression de notre collègue, de tracer en quelques lignes le schéma de la *hernie intercostale*. Nous pouvons y ajouter un quatrième cas, signalé par le D[r] Durand à la Société de Chirurgie de Lyon, en juin 1904.

Tout d'abord, il est bien entendu qu'il s'agit d'une hernie véritable ou d'une éventration, et non de ce qu'on est convenu d'appeler hernie traumatique, c'est-à-dire l'issue d'un viscère par une plaie béante.

Au point de vue étiologique, toutes ces hernies se sont développées à la suite d'un traumatisme ouvert : coup d'épée dans le cas de Cruveilhier, passage sur le thorax d'une pièce d'artillerie dans l'observation de Cloquet, chute sur une pioche dans celle de Savariaud, coup de couteau dans le cas de M. Durand.

Ces hernies siègent toujours à gauche, la présence du foie à droite mettant obstacle à leur formation. C'était le huitième espace dans les cas de Cruveilhier et de Cloquet, le neuvième espace dans l'observation de M. Durand, et le dixième dans celle de Savariaud, qui laissaient passer la hernie.

Ce volume peut varier, comme on le pense, de celui d'une noix (Cloquet) à celui d'un poing (Cruveilhier, Durand) ; comme contenu dans les deux cas opérés (Durand, Savariaud), on n'a trouvé que de l'épiploon : mais comme le fait remarquer Cruveilhier à propos de l'autopsie de son malade, rien ne s'oppose à ce qu'on puisse y rencontrer de l'intestin, le côlon transverse par exemple. Il faut cependant, nous dit M. Savariaud, tenir compte de ce fait, c'est que l'ouverture limitée par les côtes est peu large et que dans ces conditions un organe distendu par les gaz doit avoir une certaine difficulté à s'y engager. Mais on voit bien l'intestin s'étrangler dans un tout petit orifice. Quant au sac, il peut être complet ou incomplet toujours suivant M. Savariaud. Dans le cas de Cruveilhier, le sac était distendu par de l'ascite et son fond adhérait à une douzaine de franges épiploïques qui y adhéraient et qui y avaient déterminé autant de logettes. Dans le cas de M. Savariaud, il était difficile de dire s'il y avait un sac, tant l'épiploon était adhérent; il n'y avait de sac réellement qu'au niveau du pédicule, partout ailleurs l'épiploon n'était séparé des tissus environnants que par une membrane cellulaire plus ou moins nette et qui ne méritait pas le nom de sac. M. Durand ne prononce même pas le nom de sac dans son observation, et tomba nous dit-il sur l'épiploon hernié, qu'il isola, et arriva sur l'orifice unique entre les côtes, bordé par une zone fibreuse assez mince, entourée par les muscles intercostaux.

En somme, on peut conclure que s'il existe un sac, il est le plus souvent rempli par de l'épiploon adhérent qui ne permet pas de l'isoler.

Quant à l'orifice pariétal, ce sont les deux côtes qui le forment, revêtues bien entendu des débris des muscles intercostaux.

Nous ne ferons pas l'étude clinique de cette variété de hernie qui suivant son contenu présente les caractères de toutes les hernies, mais il faut cependant insister sur ce point, c'est qu'elles sont tres douloureuses. Cruveilhier est muet sur ce point. Le malade de Savariaud souffrait beaucoup et par crises: il est vrai

que c'était un névropathe aux réponses duquel on ne devait accorder qu'une médiocre créance; mais Cloquet nous donne à propos de son hernieux une description qui pourrait servir de type à ce qu'on a appelé la cachexie herniaire.

Lorsque le malade fait des efforts, nous dit-il « la tumeur devient très dure, d'une sensibilité telle que le malade peut à peine souffrir dessus le contact des vêtements les plus légers et qu'il reproduit tous les symptômes d'une hernie intestinale étranglée tels que hoquet, nausées, vomissements, vives coliques accompagnées de déchirement dans tout le ventre... Il ne peut manger qu'une petite quantité d'aliments à la fois sous peine de les rejeter; le sommeil est presque nul, les souffrances sont continuelles. Cet homme, primitivement d'une complexion très vigoureuse, se trouve maintenant maigre, décharné, et porte sur ses traits l'empreinte de la douleur et de la misère. »

Ces hernies sont elles susceptibles d'étranglement? Non si on admet qu'elles ne peuvent contenir que de l'épiploon. Toutefois il n'est point impossible qu'à la suite de ce dernier on voie s'engager une anse intestinale et dès lors l'étranglement devient possible.

Comme traitement, il n'y a que la cure radicale. Le bandage sur ces hernies en partie irréductibles n'aboutirait qu'à comprimer la tumeur et à augmenter les souffrances du malade.

Il est inutile de revenir sur les différents temps de l'opération déjà décrits dans l'observation de M. Savariand. Je ferai toutefois remarquer, qu'il est un point sur lequel il n'a pas insisté, et qui me paraît devoir être pris en sérieuse considération, c'est le voisinage de la plèvre qui très proche pourrait être ouverte si on essayait de libérer trop loin le revêtement fibreux de ce qu'on pourrait appeler le collet du sac. Il faut donc au moment de la libération du sac et de sa fermeture être très prudent.

Quant à la réunion des plans musculaires, M. Savariaud n'a pu se servir des muscles intercostaux qui se déchiraient et a attiré le grand dorsal comme un voile au devant de l'anneau; M. Durand a pu, nous dit-il, décoller les muscles intercostaux et les suturer. Il faudra toujours essayer de rapprocher ces muscles; mais si ils se déchirent, ce qui paraît probable vu leur nature, il faudra avoir recours au moyen qu'a employé M. Savariaud.

Tel est le petit point de pathologie sur lequel notre collègue a voulu attirer votre attention. Dans sa modestie, il a bien son importance et aura peut-être le mérite de vous faire souvenir des observations analogues.

En terminant, je rappelerai, comme l'ont fait déjà plusieurs d'entre vous à l'occasion de rapports sur des communications de

M. Savariaud, qu'il est candidat à une place de membre titulaire de notre Société.

Section du nerf radial. Suture secondaire et guérison,
par M. le Dr G. de Rouville (de Montpellier).

Rapport par M. le Dr Chaput.

Voici en abrégé l'histoire de la malade de M. de Rouville.

C'est une jeune fille de vingt ans qui fut opérée le 11 février 1904. Trépanation de l'humérus gauche pour ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure de cet os. On s'aperçut au bout de quelques semaines de la paralysie sensitive et motrice du radial qui comprenait, en outre des extenseurs, les radiaux et le long supinateur, ce qui s'explique par l'hypothèse vérifiée ultérieurement d'une section opératoire effectuée très haut.

M. de Rouville, qui fut appelé tardivement à voir la malade, décida d'intervenir.

Le 24 mars 1904 il incisa la cicatrice, alla à la recherche du radial, le trouva sectionné, avec une bande de tissu fibreux réunissant les deux bouts (le degré d'écartement n'a pas été noté dans l'observation).

L'opérateur excisa la bandelette fibreuse, aviva les deux bouts et les réunit par trois sutures au catgut *périneurotiques*. Le membre fut immobilisé en flexion.

Au cinquième jour, les diverses sensibilités étaient complètetement revenues.

La motilité ne commença à se rétablir qu'après quatre mois et demi ; les progrès furent rapides et au bout de quelques semaines les fonctions motrices étaient complètement rétablies.

Après avoir félicité l'opérateur du bon résultat obtenu, nous devons attirer l'attention d'une part sur la restauration rapide de la sensibilité, d'autre part sur la différence de rapidité de restauration des fonctions sensitives et motrices.

La restauration rapide de la sensibilité n'a pas lieu de nous surprendre, elle est bien établie par les faits cliniques, et M. Durante dans son grand travail du *Traité d'anatomie pathologique* de M. Cornil divise les cas de restauration rapide de la sensibilité en trois catégories : 1° Retour en huit à dix jours de la sensibilité ; 2° retour en deux jours ; 3° retour en un jour ; il cite un grand nombre d'observations de chacune de ces variétés, entre autres

celles de Tillaux, Berger, Segond, Polaillon, Nicaise, Dayot, pour ne parler que des observations françaises de ces dernières années.

Chose curieuse la restauration rapide des fonctions sensitives s'observe plus souvent d'après Durante dans les cas de sutures secondaires que dans les sutures primitives. Il l'explique par les transformations des tubes nerveux qui suivent les sections nerveuses; dans un premier temps le tube dégénère, ensuite il se transforme en bandes protoplasmiques déjà capables de transmettre l'influx nerveux; enfin dans une troisième période, la régénération spontanée du bout périphérique se fait (sans que la réunion ait été obtenue) et l'on voit apparaître le cylindraxe, la gaine de myéline et les étranglements annulaires.

Lorsque la suture suit de près la plaie, le nerf devant presque fatalement passer par les trois périodes précédentes, on conçoit que la restauration fonctionnelle soit plus tardive que si la suture intervient à la deuxième ou à la troisième période.

La différence de rapidité du retour des fonctions sensitives et motrices, est un fait également bien établi par la clinique. Pour M. Durante elle s'expliquerait de la façon suivante : La sensibilité exigerait une restauration nerveuse moins parfaite que la motilité. Elle pourrait donc reparaître facilement à travers des tubes dont la restauration n'en serait encore qu'à la période des bandes protoplasmiques; au contraire la motilité exigerait une restauration plus parfaite du tube nerveux ayant reconquis son cylindraxe et sa myéline.

L'observation de M. de Rouville vient donc à l'appui des idées que j'ai soutenues en juin dernier sur l'existence de la restauration rapide des fonctions nerveuses après les sutures secondaires.

Depuis cette communication, nous avons reçu une observation de restauration rapide après suture secondaire du radial de M. Kallionzis (d'Athènes).

Je citerai encore le fait de M. Toussaint, section ancienne du nerf cubital, retour immédiat de la sensibilité et du mouvement.

Par contre, dans une observation de MM. Courtin et Bossuet (1), une suture précoce du sciatique n'a fourni qu'une restauration tardive des fonctions, donnant ainsi raison à M. Durante qui soutient que la restauration des fonctions est plus rapide après les sutures secondaires qu'après les sutures primitives.

M. le Dr Mouchet, ancien chef de clinique à la Faculté, m'a très obligeamment communiqué une observation intitulée : *Section du*

(1) Soc. de Chir. de Bordeaux, février 1905.

nerf cubital droit par éclat de verre, suture nerveuse primitive, névrite, résultat défectueux.

Ce résultat s'explique par ce fait que la cicatrisation de la plaie accidentelle n'a pas été régulière; elle a été compliquée de sphacèle, lequel a certainement infecté la suture nerveuse faite à la soie.

Mon interne M. Francoz m'a communiqué la note suivante relative à une opération de suture nerveuse primitive, qu'il a exécutée d'après mes conseils :

Homme de trente-sept ans, blessé, le 11 octobre 1905, par un éclat de vitre au poignet gauche, à trois doigts au-dessus du pli de flexion (plaie transversale). Gêne des mouvements des doigts. Anesthésie du territoire cubital.

Le 12 *octobre*, sur mes conseils, M. Francoz va à la recherche du nerf cubital qu'il trouve sectionné et suture avec deux points de catgut 00. Suture du tendon du cubital antérieur.

Le 6 *novembre*, l'examen des fonctions révèle un peu d'amaigrissement des espaces interosseux, et une flexion parfaite et vigoureuse des 1re, 2e et 3e phalanges. La sensibilité est diminuée sur le petit doigt, normale à l'annulaire.

Cette observation est très intéressante, en tant que relative à une réunion immédiate primitive du nerf cubital. La réparation incomplète de la sensibilité est probablement de même nature que l'amaigrissement des muscles interosseux.

Cette observation, dont je vous présente le malade, démontre donc, contrairement à la doctrine admise jusqu'ici, que les sutures primitives ne sont pas fatalement suivies de dégénérescence secondaire et qu'elles permettent d'obtenir fréquemment une restauration rapide et complète.

Permettez-moi de vous donner quelques renseignements complémentaires sur une des observations que je vous ai communiquées en juin dernier.

La petite malade à laquelle j'avais suturé le médian réuni mais névromateux, après avoir été dans un état très satisfaisant pendant dix mois, m'est revenue récemment avec l'index très violacé et anesthésié; le médius est anesthésié aussi, mais à un moindre degré. Elle raconte qu'elle a fait récemment une chute sur la main. Ses parents déclarent qu'elle est convaincue qu'elle ne peut plus se servir de sa main et qu'elle passe des journées dans l'oisiveté à se lamenter sur son état.

Pensant qu'il s'agissait là d'une psychonévrose greffée sur des roubles légers consécutifs à la suture nerveuse, comme j'en ai

observé sur d'autres malades, j'ai rassuré la malade et lui ai recommandé de se livrer au travail manuel ; je l'ai revue quelques jours après, ses accidents locaux avaient disparu. Ceci prouve la nature psychique des accidents observés.

Les insuccès des sutures nerveuses peuvent reconnaître des causes multiples :

Les deux bouts peuvent s'écarter à nouveau sous l'influence d'une mobilisation trop précoce, d'une chute tardive, par suite de l'infection de la plaie.

L'infection de la plaie peut provoquer une névrite plus ou moins graves des deux bouts qui restent cependant soudés.

Les deux bouts peuvent être atteints de névrite occasionnée par une suture à fils non résorbables.

Chez certains sujets prédisposés, la névrite peut survenir à l'occasion d'une plaie d'un gros nerf comme à l'occasion d'une plaie quelconque.

On ne saurait rendre l'opération ou l'opérateur responsables d'une complication dont la cause essentielle réside dans l'organisme du blessé.

Certaines de ces névrites sont très graves et envahissantes ; d'autres restent limitées au territoire du nerf blessé.

Chez certains sujets la névrite est bénigne, elle atténue en partie les résultats de la réunion et s'accompagne de douleurs peu marquées. Certaines de ces névrites bénignes sont le résultat de la tendance du tissu nerveux à s'hypertrophier sous l'influence du traumatisme. Chez certains sujets, toutes les plaies et sutures des nerfs sont suivies d'un gros névrome qui peut annihiler les effets de la réunion nerveuse.

J'ai observé cette année un homme de cinquante-trois ans qui, à la suite d'une fracture du radius, présenta une paralysie tardive du médian ; je l'opérai et constatai que le nerf n'avait pas été blessé, et n'était ni comprimé, ni soulevé par aucun fragment osseux ; cependant il présentait un épaississement le triplant de volume et occupant plusieurs centimètres de hauteur. Ce névrome diffus paraît avoir été occasionné par la contusion du nerf et l'épanchement sanguin accompagnant la fracture. Nul doute qu'en cas de suture nerveuse, cet homme aurait présenté un névrome qui aurait compromis le rétablissement des fonctions.

En résumé, plusieurs éventualités peuvent se produire après une suture nerveuse :

1° Rétablissement très rapide de la sensibilité et de la motilité ;

2° Rétablissement rapide de la sensibilité, tardif de la motilité ;

3° Retour tardif de la sensibilité et de la motilité. Ces diffé-

rences s'expliquent par le degré de dégénération ou de régénération incomplète ou complète du bout périphérique;

4° Retour de la paralysie par disjonction des deux bouts;

5° Névrite annihilant les bons effets de la réunion des deux bouts.

Il faut tenir compte dans l'étiologie de ces névrites de l'infection légère ou grave de la plaie, de la prédisposition des sujets à faire des névrites plus ou moins graves, et de la prédisposition de certains individus à faire des névromes au niveau des nerfs traumatisés.

Permettez-moi en terminant de vous rappeler que M. de Rouville qui nous a communiqué cet intéressant travail est un des jeunes chirurgiens les plus instruits et les plus actifs, qu'il est l'élève et l'ami de plusieurs d'entre nous, qu'il est agrégé de la Faculté de Montpellier, qu'il a été sur le point d'être nommé aux dernières élections, et que pour ces raisons sa candidature se recommande énergiquement à vos suffrages.

M. Berger a fait la recherche et la suture du nerf radial, sectionné par un coup de feu qui avait fracturé l'humérus neuf mois auparavant. L'opération fut difficile, mais la suture put être faite. Le résultat définitif fut nul et l'officier dut être mis en réforme.

M. Berger, par contre, a réussi complètement dans un cas de section du nerf cubital, suivi de tous les troubles les plus accusés de la paralysie cubitale, main en griffe cubitale, troubles trophiques, atrophie des interosseux, etc. Dix mois après l'accident, il a réséqué le névrome de cicatrice du nerf et suturé les deux bouts; il fallut neuf mois pour que le rétablissement des fonctions se fît, mais il a été tout à fait complet.

Récemment, il a vu un jeune garçon chez lequel, un mois et demi après la suture du nerf cubital, la déformation en griffe cubitale tendait à se produire. Il y avait un névrome de cicatrice très douloureux. D'accord avec M. Brissaud, M. Berger pensa que l'opération ne serait pas nécessaire et il se borna à employer l'électricité sous ses divers modes. En même temps que le névrome diminuait et finissait par disparaître, les fonctions nerveuses se rétablissaient et la déformation tendait à s'atténuer; la guérison est actuellement très avancée.

M. Berger est d'avis que malgré les faits qu'il a publiés autrefois, en particulier celui qu'il a présenté à l'Académie de médecine, il ne saurait être question de rétablissement immédiat des fonctions d'un nerf par la suture. Le retour immédiat de la sensibilité qui suit la suture doit être considéré comme un fait d'action

dynamogénique de l'opération sur les centres nerveux, suivant l'interprétation que Brown-Séquard avait donnée à ces phénomènes.

Communication.

M. Launay. — *Deux cas de kystes hydatiques du poumon.* (M. Tuffier, rapporteur).

Présentation de malade.

Cheiloplastie par la méthode italienne modifiée.

M. Paul Berger présente un enfant sur lequel il a pratiqué la restauration de la lèvre inférieure et du menton au moyen d'une autoplastie par la méthode italienne modifiée. Cet enfant a été présenté au dernier congrès de chirurgie avant l'opération en question. La lèvre inférieure à la suite d'une brûlure survenue dans l'enfance, était en ectropion cicatriciel total et elle était encadrée par une cicatrice chéloïdienne qui avait complètement fait disparaître le relief du menton. La perte de salive était incessante, l'articulation des sons et la mastication des plus défectueuses, les douleurs provoquées par le contact de la lèvre très vives.

Pour restaurer ces désordres, M. Berger a eu recours à l'autoplastie par la méthode italienne modifiée; après avoir pratiqué l'extirpation de toute la cicatrice du menton, il a relevé la muqueuse labiale par une dissection minutieuse, et il l'a maintenue en place par l'application, sur la perte de substance du menton, d'un lambeau pédiculé emprunté au bras gauche. Le membre supérieur a été fixé à la tête pendant douze jours, au moyen de l'appareil que M. Berger emploie dans les cas de ce genre (gantelet et capeline en peau et en tissu élastique, rattachés par des courroies). L'enfant n'a pas eu une heure de souffrance ni de fatigue, et il a toujours été très gai, mangeant, dormant et s'amusant, sans un instant de tristesse ni d'ennui. Le pédicule fut coupé le treizième jour et le bras libéré; le pédicule fut avivé et adapté à la face une huitaine de jours après. On peut constater que le résultat physique et fonctionnel est aussi bon que possible : la lèvre reformée est correctement ourlée de muqueuse, contrac-

tile, et le menton est recouvert d'une peau qui ne se distingue en rien de celle de la face. L'enfant retient sa salive, mange, parle, et peut pincer les lèvres sans difficulté.

M. DEMOULIN. — J'ai vu cet enfant, il y a quelques mois. Il présentait un ectropion des plus prononcés de la lèvre inférieure. Je tiens à dire, qu'étant donné le degré de la difformité, je ne croyais pas qu'on pourrait obtenir un résultat aussi brillant que celui que M. le professeur Berger nous fait constater aujourd'hui.

M. DELORME. — Le résultat est très brillant. Il serait bon que dans les Bulletins il soit indiqué qu'il a été jugé tel par tous les membres de la Société.

Présentations de pièces.

Hématocèle chez une opérée à qui il ne restait qu'un ovaire.

M. ROUTIER. — L'ovaire que je vous présente n'aurait par lui même que fort peu d'intérêt, car il est d'aspect normal; mais il en acquerra davantage avec l'histoire clinique de la malade chez laquelle je l'ai enlevé.

Le 26 novembre 1904, il y a un peu plus d'un an, j'opérais une jeune femme de vingt-trois ans qui, outre des symptômes très nets d'appendicite, avait tous les signes d'un double pyosalpinx.

Elle était malade depuis deux ans, et tout semblait avoir débuté par de la gonococcie.

Sur la demande expresse de sa mère, je m'engageai à conserver tout ce qui serait possible de ses organes génitaux.

L'appendice enlevé, j'attaquai les pyosalpinx, qui étaient doubles, je dus pratiquer l'hystérectomie par mesure d'hémostase et pour pouvoir drainer, je conservai seulement l'ovaire gauche.

Cette malade sortit guérie; mais un mois environ après sa rentrée chez elle, elle fut prise d'accidents péritonitiques qui mirent ses jours en danger; elle garda deux mois le lit, puis alla se remettre à la campagne, mais jamais elle ne récupéra une santé parfaite; elle gardait toujours des douleurs dans le bas-ventre avec prédominance à gauche.

Quand je l'ai revue, ces jours-ci, elle avait manifestement une

tuméfaction comme une orange dans le côté gauche de son petit bassin.

J'ai donc refait chez elle une laparotomie, et j'ai trouvé, outre l'ovaire que je savais y avoir laissé, une tumeur enkystée de la grosseur d'une belle orange, pleine de liquide chocolat rappelant tout à fait l'aspect d'une vieille hématocèle.

Il est certain pour moi que les accidents qu'elle a présentés en janvier 1905 sont dus à des règles qui ont flué dans son péritoine, flux dû à la conservation de l'ovaire.

J'ai donc à regretter d'avoir cédé aux sollicitations de sa mère et d'avoir conservé cet ovaire.

Je vous rapporte ce cas parce qu'il est typique avec preuve matérielle à l'appui; j'en ai d'autres, et c'est ainsi que lorsque mon ami Tuffier est venu ici préconiser la chirurgie conservatrice dans les interventions génitales chez la femme, j'ai cru devoir exprimer un sentiment contraire. Voici un cas de plus pour étayer ma façon de penser.

M. Tuffier. — Je m'étonne qu'une femme ait ses règles dans le péritoine après l'ablation de l'utérus, des deux trompes et d'un ovaire. Un tel fait n'est pas de nature à venir à l'encontre des observations que je vous ai présentées touchant la conservation ovarienne et utérine dans certaines salpingites.

M. Quénu garde toujours les ovaires sains chez les femmes jeunes.

M. Ricard a vu un cas analogue à celui de M. Routier; il avait laissé un ovaire chez une malade atteinte de suppuration double des annexes. Un ovaire paraissait sain. Mais la guérison ne fut jamais parfaite; des douleurs persistèrent, et une nouvelle intervention montra que l'ovaire respecté était devenu le centre d'un foyer inflammatoire au milieu duquel il fallut le décortiquer. Depuis cette ablation, la guérison est parfaite.

M. Paul Segond. — Le fait rapporté par notre collègue Routier est fort instructif et démontre une fois de plus les gros inconvénients de la conservation partielle ou total des annexes chez les hystérectomisées. A cet égard, mes convictions sont d'ailleurs faites depuis longtemps. Je n'ai jamais constaté, en effet, qu'il y eût un avantage quelconque à conserver tout ou partie des ovaires chez les hystérectomisées. En revanche, j'ai vu souvent cette conservation, soi-disant tutélaire, n'avoir d'autre résultat que la pro-

duction d'accidents ultérieurs nécessitant de nouvelles interventions.

C'est dire à quel point je me sépare de ceux de nos collègues qui, dans la pratique de l'hystérectomie abdominale, font de la conservation partielle ou totale des ovaires, une sorte de règle opératoire. Et puisque le mot « toujours » a été prononcé à ce propos, je ne crains pas de l'employer à rebours, pour déclarer qu'à mon sens, il est vraiment plus sûr de protéger nos patientes contre l'éventualité d'une opération secondaire que de leur assurer les bienfaits d'une sécrétion ovarienne interne autant que mystérieuse, et qu'en fait leur véritable intérêt nous commande de combiner toujours l'hystérectomie abdominale à l'ablation aussi complète que possible des annexes.

M. Terrier a vu si souvent des accidents après des opérations dans lesquelles on avait laissé les ovaires supposés sains, qu'il est comme M. Segond d'avis qu'il faut enlever toujours les ovaires quand les trompes et l'utérus sont enlevés.

M. J.-L. Faure. — Il me semble qu'en principe, au moins dans les annexites, nous sommes tous d'accord pour enlever les ovaires malades et laisser les ovaires sains. Mais où la difficulté commence, c'est lorsqu'il s'agit de décider si l'ovaire qu'on a sous les yeux est sain ou malade. C'est un organe absolument polymorphe et, dans bien des cas, il est impossible de savoir si les kystes qui le remplissent sont des vésicules de Graaf ou des kystes pathologiques. Dans le doute, je me détermine surtout d'après la douleur, et j'enlève les ovaires chez les malades qui souffrent à leur niveau, trouvant très pénible d'avoir à recommencer chez elles une opération quelques mois à peine après la première.

M. Paul Segond. — L'observation de notre collègue Faure est juste, mais elle concerne des faits absolument différents de ceux qui nous occupent, et fait, par conséquent, dévier la discussion, La seule question qui soit en cause, est celle-ci : Faut-il, oui ou non, s'attacher à conserver tout ou partie des ovaires dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes? Toute la longue série des opérées chez lesquelles il nous est possible de concilier l'ablation des parties malades avec la conservation des fonctions utérines, se trouve donc, du coup, éliminée. Les seules opérées que nous visions appartiennent à une catégorie bien différente. Chez elles, plus d'utérus, et partant, plus de fonction physiologique vraie dont la conservation nous puisse intéresser. Eh bien, je le répète, chez de telles opérées, la règle la plus tutélaire est de

préférer toujours aux bénéfices vagues et confus d'une conservation opothérapique, les garanties positives d'une opération complète et radicale.

M. Pierre Delbet. — Il me semble que mon ami Faure a complètement déplacé la question. Il ne s'agit pas de savoir s'il est facile ou difficile de reconnaître l'intégrité des ovaires. Non, la question est tout autre; c'est la suivante. Quand au cours d'une laparotomie qui oblige à enlever une partie des organes génitaux trouve un ovaire cliniquement sain, doit-on le conserver ou l'extirper?

Cette question a fait l'objet d'une discussion récente au cours de laquelle dans une communication assez étendue, j'ai divisé les faits en trois classes.

En laissant un ovaire, on peut avoir pour but de conserver la fonction de reproduction. Pour cela il faut laisser en même temps que l'ovaire une trompe et l'utérus. Sur ces cas tout le monde est d'accord. Quand la fonction de reproduction n'est pas irrémédiablement perdue, il faut tout faire pour la conserver.

La conservation de l'ovaire peut avoir un second but, maintenir la fonction menstruelle. Il faut pour cela conserver l'utérus avec un ovaire. Enfin elle peut avoir un troisième but, maintenir la corrélation ovarienne, c'est lorsque l'on conserve un ovaire en enlevant l'utérus et les trompes.

C'est ces derniers cas qui sont actuellement en discussion. Quand on est obligé d'enlever les deux trompes et que la reproduction n'est plus possible, doit-on s'efforcer de garder un ovaire? Sur ce point, je me suis prononcé il y a quelques mois comme vient de le faire mon maître Segond. Je pense que l'intérêt des malades commande d'enlever les ovaires.

M. Le Dentu. — Il m'arrive assez souvent de garder un ovaire chez les femmes jeunes, mais ce n'est pas en m'inspirant d'une conviction bien arrêtée relativement à l'utilité de cette conservation. Je ne me suis pas encore bien rendu compte de ses avantages au point de vue du rôle de sécrétion interne de cet organe; je continuerai donc, mais je dois dire que je ne me suis pas toujours très bien trouvé de cette pratique et qu'il m'est arrivé d'être obligé d'enlever secondairement l'ovaire conservé par une nouvelle laparotomie. Je crois néanmoins légitime, jusqu'à nouvel ordre, de laisser un ovaire qui semble absolument sain. Je verrai plus tard s'il faut définitivement renoncer à cette façon de faire.

Fibrome du nerf sciatique à son émergence du bassin, traité par énucléation. Guérison sans troubles fonctionnels.

M. Loison. — A la séance du 8 novembre dernier, M. le professeur Berger vous a présenté un jeune homme de vingt-deux ans auquel il avait extirpé un sarcome central du nerf sciatique.

Le surlendemain, j'eus à pratiquer une intervention analogue sur un malade entré à l'hôpital militaire de Versailles, dans le service de mon excellent collègue et ami, M. le médecin principal Dziewonski, qui voulut bien me confier l'opération et m'assister dans son exécution.

Observation. — P..., vingt et un ans, incorporé au 22e régiment d'artillerie, en octobre 1905, robuste et bien constitué, n'accuse aucun antécédent héréditaire ou personnel; il exerçait au Havre la profession de voilier, avant son entrée au service.

13 octobre 1905. — Son envoi à l'hôpital est motivé par une tuméfaction de la fesse gauche, qui s'est développée progressivement, sans provoquer aucune douleur, ni entraîner aucune gêne fonctionnelle. Le sujet s'est aperçu, il y a une dizaine d'années, que sa fesse grossissait; il ne se rappelle pas avoir été victime, à cette époque, d'un traumatisme quelconque. Ce n'est qu'après avoir conservé pendant longtemps la position assise, ou à la suite d'une longue marche, qu'il ressent, dit-il, un peu de fatigue et d'engourdissement dans le membre inférieur gauche, mais pas de douleur vraie.

L'inspection montre la fesse gauche tuméfiée et saillante, surtout au niveau de sa partie moyenne. La peau ne présente aucune altération, le pli fessier est bien dessiné et situé normalement.

La tumeur recouverte par le muscle grand fessier répond à la grande échancrure sciatique, allongée verticalement, elle se trouve sensiblement à égale distance de l'ischion et du grand trochanter. La masse n'est pas facilement délimitable à travers l'épaisseur du muscle; elle semble dure, régulière à sa surface, vaguement rénitente; elle ne présente ni battements, ni expansion, ni bruit de souffle, elle paraît adhérente à la profondeur, n'est pas réductible et n'est le siège d'aucune impulsion pendant la toux; elle n'est pas douloureuse à la palpation.

L'exploration ne révèle aucune lésion osseuse ou articulaire de voisinage, le palper profond de la fosse iliaque interne reste négatif.

L'examen de la cuisse, de la jambe et du pied ne dénote rien d'anormal : pas de troubles trophiques cutanés ni musculaires; aucune modification de la sensibilité, fonctionnement parfait des différents segments du membre.

En présence de cette situation clinique, nous nous sommes demandé si nous n'avions pas affaire à un lipome circonscrit, ou à un tubercu-

tome enkysté, siégeant dans l'atmosphère celluleuse située sous le grand fessier et s'allongeant selon la direction de la gouttière du sciatique; mais je dois avouer que nous n'avions nullement songé à la possibilité d'une tumeur du nerf lui-même, vu l'absence de toute manifestation nerveuse pathologique.

Deux ponctions exploratrices n'ayant ramené que du sang, l'idée de tumeur solide, de nature et d'origine indéterminées, sembla confirmée et l'intervention sanglante fut proposée et acceptée par le malade.

Opération le 10 novembre 1905. — Sous le chloroforme, je pratique sur le milieu de la tuméfaction et parallèlement aux fibres du grand fessier, une incision de 6 à 8 centimètres. Je pénètre dans la profondeur en dissociant les faisceaux du muscle et arrive sur la capsule fibreuse de la tumeur; elle est dure, rénitente, un peu bosselée et ne semble pas contenir de liquide. Sur sa surface fortement vascularisée, rampent de grosses veines dont l'une a 6 à 7 millimètres de diamètre; elle est en outre parcourue par quelques fibres nerveuses longitudinales écartées l'une de l'autre et très apparentes. Le doigt pénètre dans une atmosphère celluleuse lâche et isole avec la plus grande facilité les parties latérales et la face profonde de la tumeur, mais elle adhère en haut et en bas.

Après avoir agrandi l'incision aux deux extrémités, je constate qu'il s'agit d'une masse fusiforme se continuant en bas avec un cordon du volume du petit doigt qui paraît être le nerf sciatique; en haut et profondément, elle est pareillement en connexion avec un gros cordon résistant qui s'enfonce dans le bassin.

J'incise alors la capsule fibreuse externe, verticalement, en passant entre les filets nerveux longitudinaux visibles et en évitant ou pinçant les vaisseaux sanguins rencontrés. Cette capsule se décolle assez facilement sous la pression du doigt, mais il faut couper de temps en temps quelques travées résistantes. Après avoir décortiqué de cette façon toute la périphérie de la tumeur, je constate qu'elle reste toujours en continuité, en bas et en haut, avec le nerf sciatique.

Je sectionne une seconde enveloppe fibreuse et cherche un nouveau plan de clivage. La décortication est moins facile; de nombreuses travées résistantes doivent être coupées aux ciseaux, et une foule de petits vaisseaux sont ouverts, inondant de sang le champ opératoire. Mais cette fois j'ai la satisfaction de constater que le pôle inférieur de la tumeur s'isole du nerf sciatique qui reste en place avec la deuxième capsule fibreuse; en haut, la séparation se fait de même et la masse tout entière est extraite par énucléation.

Le sommet du néoplasme pénétrait dans le bassin par la partie supérieure de la grande échancrure sciatique, en refoulant le muscle pyramidal. Le doigt explore ce diverticule, accède dans l'échancrure, en sent nettement le rebord osseux supérieur, et perçoit les battements des branches de l'hypogastrique.

Je résèque une faible étendue des deux coques fibreuses décortiquées, en ayant soin d'éviter les cordons nerveux; puis, comme le suintement sanguin est très abondant dans cette vaste poche, j'en

touche la surface à l'eau oxygénée, puis y place un tamponnement à la Mikulicz, faisant sortir les mèches de gaze par la partie moyenne de l'incision cutanée qui mesurait finalement 15 centimètres environ de longueur. Je rétrécis la plaie en haut et en bas, en la suturant au moyen de crins comprenant la peau, l'aponévrose et les fibres du grand fessier dans leurs anses. Pansement sec et compressif.

Les suites opératoires ne présentèrent rien de spécial. Au troisième jour le tamponnement fut enlevé et remplacé par un drainage avec une mèche de gaze. Les fils à suture furent coupés le huitième jour; la plaie était réunie, sauf dans sa partie centrale.

2 *décembre.* — La plaie est cicatrisée. Le sujet se lève et marche facilement et sans douleur. Tous les muscles du membre inférieur se contractent bien, sous l'influence de la volonté; la sensibilité est intacte. La malade se plaint uniquememt d'éprouver par moments un peu d'engourdissement dans le mollet.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée est allongée, un peu réniforme, légèrement bosselée à sa surface, de consistance dure. Elle mesure 15 centimètres de long, sur 8 centimètres de large et 6 centimètres d'épaisseur. Son poids est de 270 grammes.

Sur une coupe médiane pratiquée suivant le grand axe, on remarque qu'elle est constituée par un tissu grisâtre, ferme et résistant. Du côté de sa surface convexe qui se trouvait postérieure et en contact avec le grand fessier, se voit une cavité allongée, mesurant 5 à 6 centimètres de long, sur 6 à 7 millimères de diamètre, sorte de grande *géode* remplie de sang noirâtre et poisseux. A la surface de la coupe existent quelques petits îlots jaunâtres, disséminés, dont certains atteignent le volume d'un pois, entremêlés avec d'autres ayant un aspect grisâtre, gélatiniforme, dont les plus gros ont la dimension d'une noisette.

L'examen histologique pratiqué par notre collègue et ami, M. le médecin-major Dopter, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a montré qu'il s'agissait d'un fibrome présentant à certains endroits une vascularisation très développée.

Réflexions. — Les cas de tumeurs du nerf sciatique ne sont pas tellement nombreux qu'il n'y ait encore quelque intérêt à relater ceux qui se présentent, et à tenter de déduire de leur étude quelques données pratiques pour le traitement.

Le diagnostic n'en est pas toujours facile, surtout lorsqu'elles ne provoquent pas le moindre trouble dans les fonctions physiologiques du nerf, et qu'une couverture de l'épaisseur du muscle grand fessier vient en rendre la palpation imprécise.

Ce n'est qu'au moment où nous avons eu la tumeur sous le doigt que nous avons pu poser le diagnostic, et c'est alors que nous avons eu un moment d'anxiété, nous demandant si nous pourrions extirper la masse néoplasique, en respectant la continuité du nerf sciatique.

Généralement, et il en était ainsi chez notre malade, la tumeur

est *encagée* dans l'épaisseur du nerf dont les filets écartés s'épanouissent « comme les côtes d'une bourriche d'huîtres », selon l'expression de Velpeau; elle est encapsulée par une membrane fibreuse plus ou moins épaisse, constituée aux dépens des éléments conjonctifs qui entourent le nerf, périnèvre et névrilemme, qui passent de sa surface sur la partie saine du nerf.

Pour en pratiquer l'ablation, il suffit d'inciser la capsule fibreuse suivant l'axe du nerf, entre les filets nerveux dissociés qui rampent à la surface. Le décollement et l'énucléation de la masse morbide se font alors facilement.

Toutefois, après avoir récliné une première coque fibreuse, il ne faudra pas déclarer trop vite la tumeur impossible à énucléer, et procéder à la section du nerf; il y aura lieu de rechercher un plan de clivage plus profond, comme nous l'avons fait dans notre cas, et l'on pourra avoir la chance, en respectant à peu près complètement l'intégrité du nerf, d'enlever entièrement le néoplasme et de conserver au membre la plénitude de ses fonctions.

Nous ne pouvons rien dire de la guérison définitive de notre opéré; les chances de récidive nous semblent minimes, puisqu'il s'agissait d'un fibrome. Toutefois, l'opération est encore trop récente pour que l'on puisse se prononcer à ce sujet, et il ne faut pas oublier que ces tumeurs histologiquement formées de tissu fibreux peuvent ultérieurement récidiver sous forme de sarcome.

Élections.

Élection d'un membre titulaire.

Votants : 36. — Majorité : 19.

M. Mauclaire.	obtient :	28	voix.
M. Auvray	—	3	—
M. Morestin	—	2	—
M. Thiery	—	1	—
M. Souligoux.	—	1	—
M. Savariaud.	—	1	—

M. Mauclaire est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

Au cours de la séance, la Société de chirurgie vote pour l'élec-

tion d'une Commission, pour étudier les titres des candidats aux places de correspondants étrangers.

MM. Broca, Delbet, Lejars, Chaput,

sont nommés par 25 voix sur 30 votant.

Puis une Commission pour étudier les titres des correspondants nationaux composée de :

MM. Delorme, Félizet, Monod, Rochard,

est nommée par 30 voix sur 32 votants.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1905

Présidence de M. SCHWARTZ.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. HARTMANN et MICHAUX, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. MAUCLAIRE, qui remercie de sa nomination.

4°. — M. RICHELOT dépose sur le bureau de la Société une observation de M. Soulié, intitulée : *phlegmon diffus du membre supérieur, traité par la méthode de Bier.* — M. RICHELOT, rapporteur.

5°. — M. BROCA dépose une observation de M. Gaudier, intitulée : *un cas de hernie inguinale de la trompe avec accidents de pseudo-étranglement chez une enfant de quatre mois.* — M. BROCA, rapporteur.

Recto-colostomie pour obstruction intestinale aiguë, causée par un cancer en virole de l'S iliaque, par M. F. Jayle.

Rapport par M. A. DEMOULIN.

M. Jayle nous a lu, dans la séance du 29 novembre 1905, une intéressante observation de colo-rectostomie, pour obstruction intestinale aiguë, causée par un cancer en virole de l'S iliaque.

— Voici l'observation de M. Jayle :

Il s'agissait d'une femme d'une soixantaine d'années, dont le mari avait succombé, quelque temps auparavant, à un néoplasme de l'S iliaque. Depuis plusieurs mois elle dépérissait, jaunissait, mais ne se soignait pas. A la suite d'un voyage, elle fut brusquement prise de phénomènes d'obstruction intestinale aiguë, le 12 janvier 1900. Je la vis le 14 avec le Dr Carrié et nous prescrivîmes un traitement médical. Le lendemain, 15, l'obstruction ne cédant pas, le Dr Zimmern administra deux lavements électriques, qui ne furent suivis d'aucun résultat. L'opération fut décidée et pratiquée le 16. Le diagnostic était : obstruction intestinale aiguë complète provoquée par un rétrécissement, sans doute de nature néoplasique, développé au niveau de l'S iliaque, et correspondant à une petite masse qu'on avait pu sentir, au début des accidents. Le ventre était météorisé, douloureux; la malade commençait à vomir; l'état général était encore bon, bien que le pouls commençât à devenir petit; la température n'était pas élevée.

Le plan opératoire était le suivant : laparotomie latérale gauche; recherche de l'obstacle; ablation du segment intestinal stricturé, si possible; sinon, entéro-anastomose.

Je fis donc une laparotomie latérale gauche, et je trouvai aussitôt, une tumeur du volume d'un œuf, siégeant sur la partie moyenne de l'S iliaque et adhérant en partie au pelvis. L'extirpation fut jugée impossible et je pratiquai une entéro-anastomose; j'attirai la partie de l'S iliaque située au-dessous de la tumeur le plus possible, de manière à atteindre la portion supérieure du rectum; d'autre part, je saisis le côlon descendant au-dessus de la masse néoplasique et le rapprochai du rectum. L'anastomose fut établie suivant les règles ordinaires, aussi large que possible, de manière à faire une bouche intestinale d'environ 6 centimètres de diamètre longitudinal. Trois plans de sutures à la soie par points séparés furent faits. *L'opération fut longue et dura environ deux heures.* Je relève cette petite particularité que, par l'incision faite au-dessus de la tumeur, j'explorai le rétrécissement avec le

doigt, que je le trouvai en forme de virole et obstrué par trois gros pépins d'orange que j'enlevai, rendant ainsi libre la voie intestinale au niveau même du néoplasme.

Les suites de l'intervention furent simples. Il n'y eut pas d'élévation de température, mais le pouls oscilla entre 100 et 120, pendant les trois premiers jours. L'obstruction fut aussitôt levée. La guérison fut rapide et, quelques semaines plus tard, la malade retourna dans son pays.

Mon confrère et ami, le Dr Bardon, soigna ultérieurement la malade. Il m'a écrit que les fonctions intestinales s'accomplirent toujours d'une manière très satisfaisante et que jamais il n'y eut la moindre tendance à l'arrêt des matières. La malade survécut quinze mois et mourut de cachexie et aussi de troubles du côté des voies urinaires (hématuries, crises de pseudo-coliques néphrétiques).

C'est pour éviter, à sa malade, les inconvénients d'un anus iliaque, que M. Jayle a pratiqué une colo-rectostomie, malgré les signes évidents d'une occlusion intestinale aiguë.

— C'est à ce dernier point de vue que son observation mérite surtout d'être retenue ; je m'expliquerai, dans un moment, à ce sujet.

Je dois, me semble-t-il, faire remarquer auparavant, que si M. Jayle s'est servi du terme colo-rectostomie, c'est qu'il comprend le rectum comme on le faisait encore il y a une quinzaine d'années, c'est-à-dire, comme commençant au niveau du détroit supérieur, ou mieux au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, et ayant un méso, dans sa partie la plus élevée.

On ne conçoit plus, aujourd'hui, le rectum de la même façon. On considère que la partie pourvue d'un méso, qui dans l'ancienne nomenclature formait sa portion supérieure, ne lui appartient pas, que cette partie supérieure forme la partie inférieure du côlon ilio-pelvien, côlon ilio-pelvien dit encore : anse sigmoïde, anse oméga ; dont la limite supérieure se trouve au niveau de la crête iliaque gauche, là où finit le côlon descendant, et dont la limite inférieure correspond à la troisième vertèbre sacrée, là où commence le rectum, tel qu'on le conçoit à l'heure présente.

L'observation de M. Jayle devrait donc être intitulée, d'après la nomenclature actuelle, colo-sigmoïdostomie.

C'est pour n'avoir pas nettement précisé ce point, dans mon rapport du 31 octobre dernier, et aussi parce que j'ai analysé, en même temps, deux observations de M. Savariaud, l'une de transverso-sigmoïdostomie, pour cancer de l'angle splénique du côlon, l'autre d'anastomose de l'anse sigmoïde avec l'ampoule rectale, que la discussion a porté, à la fois, sur les cancers du gros

intestin et sur ceux de la portion toute supérieure du rectum, tel qu'on le comprend aujourd'hui.

Ce sont là deux chapitres tout à fait distincts, à mon avis. Je ne m'occuperai, pour le moment, que des cancers inopérables du gros intestin, rectum excepté, de ceux dont le toucher rectal, même forcé, ne permet pas d'atteindre la limite inférieure.

Nous sommes, je crois, tous d'accord, ici, avec M. Quénu, pour affirmer, qu'en présence d'un malade soupçonné d'un cancer du gros intestin, malade encore assez résistant et qui ne présente que des signes d'occlusion intestinale incomplète chronique, avec ballonnement modéré du ventre, nous devons, à tout prix, éviter la création d'an anus contre nature, que la laparotomie exploratrice s'impose, et que, si elle montre que le néoplasme ne peut être enlevé, c'est à l'entéro-anastomose que nous devons recourir.

Je dis entéro-anastomose, tout simplement, sans m'occuper de ses perfectionnements actuels, exclusion uni ou bilatérale, ce qui m'entraînerait beaucoup trop loin, surtout après la lecture de la thèse très documentée que M. Cavaillon, prosecteur de la Faculté de médecine de Lyon et ancien interne des hôpitaux de cette ville, m'a gracieusement adressée, il y a quelques jours.

Nous sommes encore, à peu près, tous d'accord, pour dire qu'en cas de cancer du gros intestin (j'en excepte toujours le rectum pour le moment) accompagné d'occlusion intestinale aiguë ou se montrant chez un sujet trop affaibli, l'anus iliaque s'impose, fût-il cæcal, portât-il même sur la fin de l'intestin grêle. C'est alors une opération d'urgence, excellente, qui a fait ses preuves, et qui, parant aux accidents du moment, peut aussi nous laisser l'espoir, si l'état du sujet s'améliore par la suite, de pratiquer une entéro-anastomose qui remédiera à l'occlusion intestinale néoplasique, et amènera en même temps la cure de l'anus contre nature.

C'est ce que démontre très bien la seconde observation que notre collègue Delagenière a lue, dans notre séance du 8 novembre dernier.

Mais, ce qui fait l'intérêt de l'observation de M. Jayle, c'est qu'il a pratiqué avec succès pour un cancer de l'S iliaque l'entéro-anastomose, en pleine crise d'occlusion intestinale aiguë.

Il en a été de même dans trois des onze cas que M. le professeur Terrier a analysés, ici, dans la séance du 15 novembre, cas qui pour la plupart lui sont personnels, et dont trois appartiennent à son élève très distingué, notre collègue des hôpitaux, M. Gosset.

Ces cas portent, dans la communication de M. Terrier, les n°s 1, 5 et 6.

Dans le cas n° 1 (Terrier), il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, un confrère, qui le 8 novembre 1899 est en pleine crise

d'occlusion intestinale aiguë, et est opéré le 10 novembre, pour un cancer de l'angle droit du côlon transverse ; on pratique une transverso-cæcostomie par la méthode des sutures. La survie a été de deux ans et trois mois.

Dans le cas n° 5 (Gosset), il s'agit d'un homme de soixante-deux ans qui, après une occlusion intestinale chronique datant de onze jours, présente depuis vingt-quatre heures un arrêt complet des gaz avec vomissements. La laparotomie permet de constater un néoplasme adhérent du cæcum. On fait une iléo-sigmoïdostomie ; guérison. Il n'est rien dit de la survie, ce qui importe peu, parce qu'il s'agit de savoir si, en cas d'occlusion intestinale aiguë, l'entéro-anastomose peut être substituée à l'anus contre nature.

Dans le cas n° 6, il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, atteinte d'un néoplasme de l'angle gauche du côlon transverse, et chez laquelle l'occlusion intestinale est constatée depuis cinq jours. M. Gosset pratique une iléo-sigmoïdostomie ; la malade, sur laquelle nous n'avons pas de renseignements ultérieurs, sort guérie de l'hôpital de la Pitié.

Et M. le professeur Terrier de conclure : « Il y a encore à tenir compte du moment où l'on opère. En période d'occlusion, il est préférable de faire un anus, quitte plus tard à pratiquer l''anastomose... Mais, les accidents d'occlusion ne sont pas une contre-indication absolue à l'anastomose. »

Guinard nous a rapporté, encore, dans la séance du 15 novembre dernier, six cas d'anastomose entéro-rectale (le rectum étant compris à la manière ancienne), dont trois concernent des malades atteints d'occlusion intestinale complète ; il eut trois insuccès. Ce qui semble bien prouver qu'il vaut mieux, quand l'état général des malades est mauvais, quand l'occlusion est sévère, recourir à l'anus contre nature, et c'est la conclusion à laquelle arrive notre excellent collègue. Je l'adopte.

Au point de vue des indications de la substitution de l'entéro-anastomose à l'anus contre nature, ce qui, disent MM. Terrier et Quénu, domine la question, c'est le siège du néoplasme, et ils concluent, toutes réserves faites sur les cas d'occlusion intestinale aiguë, sur lesquels je viens de m'expliquer, que chaque fois qu'il y a, au-dessous de la lésion, un segment suffisant pour permettre l'anastomose, on doit la pratiquer, de préférence à l'anus artificiel.

C'est cette opinion que j'ai essayé de soutenir dans mon rapport ; je ne saurais dire toute la satisfaction que m'a procuré cette appréciation autorisée et si judicieuse du professeur Terrier et de M. Quénu.

Mais, j'ai hâte, Messieurs, d'en arriver aux cancers haut situés

du rectum, à ceux qui envahissent la partie terminale du côlon pelvien, et quelquefois la partie supérieure de l'ampoule rectale.

Je ne dois pas oublier toutefois, que je ne suis chargé pour aujourd'hui que d'un rapport sur les anastomoses intestinales, en cas de cancer du gros intestin, accompagné d'occlusion aiguë, le rectum vrai excepté, et je vous demande de m'arrêter, me réservant de revenir, dans un moment, sur le sujet que j'ai particulièrement traité dans la séance du 31 octobre dernier, c'est-à-dire, sur l'entéro-rectostomie, dans les cancers de la partie toute supérieure du rectum vrai, du rectum dont la limite supérieure commence à la terminaison du méso-côlon ilio-pelvien.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Jayle de son intéressante observation et de la publier dans nos bulletins.

A propos du procès-verbal.

De l'entéro-rectostomie dans les cancers inopérables de la partie terminale du côlon ilio-pelvien, de la partie toute supérieure de l'ampoule rectale, et de ceux qui ont envahi ces deux régions à la fois.

M. Demoulin. — J'ai cherché, dans la séance du 31 octobre dernier, a démontrer, au sujet d'une observation de notre collègue M. Savariaud, qu'il y aurait avantage, quand l'état général du sujet le permet, à substituer, à l'anus contre nature, l'entéro-rectostomie, dans certains cancers jugés inopérables de la partie terminale du côlon ilio-pelvien, de la partie toute supérieure de l'ampoule rectale, et de ceux qui ont envahi ces deux régions à la fois.

Je n'ai malheureusement pas défini le rectum tel qu'on le conçoit aujourd'hui, et il est résulté de cette omission que, dans les communications qui ont suivi mon rapport, certains de nos collègues ont considéré, comme rentrant dans les cancers du rectum, ceux qui doivent être considérés, aujourd'hui, comme appartenant au côlon pelvien.

Je me suis expliqué sur ce point, il y a un instant, à propos du rapport que j'ai fait sur une observation de M. Jayle, et je poserai nettement les questions suivantes :

Dans les cancers jugés inopérables, de la partie terminale du côlon ilio-pelvien, dans ceux qui n'ont envahi que la partie toute supérieure de l'ampoule rectale, ou, mieux encore, dans ceux qui

occupent ces deux régions à la fois, en d'autres termes, dans les cancers rectaux que l'on a de la peine à atteindre avec le doigt, ou que l'on ne reconnaît même, parfois, que par le toucher rectal forcé :

1° L'entéro-rectostomie peut-elle être pratiquée?

2° Si oui, doit-elle être préférée à l'anus iliaque?

Avant de répondre, je dirai un mot de l'anus iliaque.

Je ne saurais partager l'opinion de mon distingué collègue Hartmann, ainsi exprimée dans les bulletins du 8 novembre 1905 : « Qu'on n'exagère donc pas, comme on le fait, quelquefois, l'importance de l'infirmité constituée par la colostomie iliaque. *Exécutée comme elle doit l'être, la colostomie iliaque n'est qu'une très petite infirmité.* »

J'accorde que les perfectionnements apportés, dans ces dernières années, à la colostomie iliaque, ont réduit le degré de l'infirmité qu'elle constitue, et j'ajouterai aussi, qu'avant ces perfectionnements, la situation de quelques sujets, porteurs d'anus contre nature, était tolérable. Qui ne se souvient de la brillante discussion qui eut lieu, il y a plus de vingt ans déjà, entre Verneuil et Trélat, au sujet des avantages de la colostomie de Littre ou de celle de Callisen et d'Amussat. Les deux orateurs vantaient les mérites de l'anus contre nature, qu'ils préféraient, et Trélat faisait remarquer qu'un de ses opérés (anus lombaire) n'était guère incommodé, que son anus artificiel, à peu près continent, était propre et coquet.

Guinard, après Hartmann, nous a rapporté l'histoire d'un de ses opérés, qui peut se livrer, sans inconvénients, à ses occupations journalières.

Mais, je persiste à croire que ce sont là des exceptions, et que l'anus iliaque, même le meilleur, le gauche, et le mieux fait, est une grosse infirmité. Il agit, quelquefois, d'une façon déplorable sur le moral de ceux qui le portent; je n'en veux pour preuve que les observations très concluantes, rapportées ici, par notre collègue Picqué, il y a quelques jours.

Si donc l'anus contre nature peut être évité, nous avons le devoir de ne pas le pratiquer.

Est-ce possible, dans les cancers inopérables de la partie toute supérieure de l'ampoule rectale?

Le rectum, tel qu'on doit le comprendre aujourd'hui, est d'après Testut long de 14 centimètres environ, chez l'homme (16 à 17 centimètres, d'après Poirier), un peu plus court chez la femme, d'un centimètre à un centimètre et demi. Le fond du cul-de-sac péritonéal, recto-vésical chez l'homme, recto-utérin chez la femme, est à peu près à 5 centimètres au-dessus de l'anus. Il reste donc,

dans les cancers termino-sigmoïdaux ou de la partie toute supérieure de l'ampoule rectale, une portion libre du rectum, longue de 8 à 9 centimètres, sur laquelle il est possible de pratiquer une anastomose, avec un point de l'intestin situé au-dessus du néoplasme.

S'il y a place suffisante pour faire l'anastomose entéro-rectale, comment la pratiquer?

D'abord en refoulant les anses intestinales contenues dans le petit bassin, et la position de Trendelenburg est, ici, tout particulièrement indiquée.

Nul ne conteste que la création de larges entéro-anastomoses, par le procédé des sutures, est de beaucoup préférable à celle de l'anastomose par le bouton de Murphy ou ses dérivés.

A en juger par les documents qui ont été apportés à cette tribune, l'anastomose entéro-rectale, par la méthode des sutures, tout en étant d'une exécution difficile, serait possible. Mais je dois faire remarquer que dans beaucoup de faits, l'anastomose ne semble pas avoir été pratiquée sur l'ampoule, mais bien sur la partie terminale du côlon ilio-pelvien, sur ce qu'on considérait autrefois comme la première partie du rectum. Ici, l'anastomose intestinale, par sutures, me semble assez commode, car on opère en réalité dans le grand bassin, ou, tout au moins, à la partie supérieure du petit, et il n'y a pas de grosses difficultés pour placer les fils et les nouer convenablement.

Il n'en est pas de même quand l'anastomose par sutures doit être faite aussi bas que possible, sur l'ampoule rectale, dans le point le plus voisin du cul-de-sac péritonéal recto-vésical ou recto-utérin. Là, on travaille bien dans le petit bassin, à bout de doigts, et le maniement de l'aiguille, quelle que soit sa forme, n'est pas sans difficultés. Et puis, tous les petits bassins ne se ressemblent pas, si j'en juge d'après ce que j'ai observé; il en est où l'on voit bien ce qu'on fait, parce qu'ils se vident bien, grâce à la position de Trendelenburg; d'autres qui, dans les mêmes conditions, se vident mal, et où l'on ne voit pas clair.

Toutefois, l'anastomose d'une portion de l'intestin avec l'ampoule rectale, par la méthode des sutures, a pu être pratiquée avec succès, et l'une des observations, lues ici, par Delagénière, dans la séance du 15 novembre dernier, en est un bel exemple.

C'est précisément en raison de la difficulté des sutures dans l'entéro-rectostomie, de la longue période de temps qu'elles demandent (Delagénière indique deux heures), que je crois que le bouton de Murphy peut être employé, ici, avec avantage, en se conformant à la technique imaginée et bien réglée par Lardennois. Les succès que j'ai rapportés le montrent bien; je remercie mon

ami Hartmann, d'avoir apporté ici, il y a quinze jours, un nouveau succès à l'actif du procédé de Lardennois, et d'avoir insisté sur la simplicité de son exécution.

L'anastomose avec le bouton de Murphy est, disent certains d'entre nous, mauvaise. C'est très vrai, si on la compare à la méthode des sutures, mais si on rejette l'emploi du bouton, pour l'entéro-rectostomie, il faut alors le proscrire, absolument, pour toute autre anastomose, car c'est, me semble-t-il, pour l'entéro-rectostomie qu'il présente le moins de danger. Dans tous les faits rapportés, le bouton n'a pas produit d'accidents, il a permis des selles très rapides, et il a été facilement expulsé, vers le huitième jour.

Je crois donc pouvoir conclure que, si l'entéro-rectostomie (anastomose d'un segment intestinal avec l'ampoule rectale) paraît devoir présenter de trop grandes difficultés, par la méthode des sutures, l'emploi d'un gros bouton de Murphy est absolument indiqué.

La méthode du bouton exposerait à des rétrécissements consécutifs de la bouche anastomotique, c'est très vrai, mais ces rétrécissements ne se sont pas toujours montrés, loin de là, et d'ailleurs, on en observe, quelquefois aussi, après les sutures.

S'il y a rétrécissement de la bouche entéro-rectale, ce rétrécissement peut être dû à l'envahissement de l'orifice par le cancer; les sutures n'évitent pas plus que le bouton cet inconvénient, puisque l'anastomose, dans un cas comme dans l'autre, est toujours située trop près du néoplasme.

Une question se pose maintenant : quelle partie de l'intestin, sus-jacente au néoplasme, convient-il d'anastomoser avec l'ampoule rectale?

La réponse me paraît facile. C'est celle qui se rapprochera le plus facilement de l'ampoule rectale, pourvu qu'elle soit assez éloignée du cancer, et cette partie devra être anastomosée avec le rectum, aussi bas que possible, au-dessous du néoplasme, afin d'éviter, autant que faire se peut, l'envahissement de la bouche anastomotique par ce néoplasme.

L'anastomose du gros intestin avec le rectum est la plus rationnelle, la plus physiologique, mais elle n'est pas toujours possible sans traction, et il est bien évident que l'anastomose, avec la fin de l'iléon, est beaucoup plus facile. On a reproché à ce dernier mode d'abouchement de donner lieu à une diarrhée incommode; la chose est exacte, mais cette diarrhée ne se montre pas fatalement, et il semble bien qu'on en vienne assez facilement à bout avec quelques prescriptions alimentaires et médicamenteuses.

On a reproché à l'entéro-rectostomie d'être une opération grave, comparativement à celle qui a pour but la création d'un anus contre nature.

Je ne saurais contester ce dernier point, mais il ne faudrait pas, me semble-t-il, exagérer les choses. Je ne crois pas que chez un sujet, encore en bon état, chez lequel le diagnostic précis du siège du néoplasme rectal a été bien établi, chez lequel on n'aura, par conséquent, pas de recherches intra-abdominales étendues à faire, chez lequel on séquestrera, pour ainsi dire, le petit bassin, je ne crois pas, dis-je, que la laparotomie soit de haute gravité. Au surplus, comme l'a fait remarquer Tuffier, les résultats se perfectionnent à mesure que l'on opère. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'entéro-rectostomie qui a, du reste, donné des succès très encourageants?

Il est bien évident aussi que le chirurgien doit choisir ses cas, et qu'il doit rester fidèle à l'anus contre nature, dans certaines circonstances qui ne sont pas favorables à l'entéro-rectostomie.

M. Quénu a rappelé, avec juste raison, qu'il y a des cancers rectaux (même hauts situés et qui seraient par conséquent justiciables de l'entéro-rectostomie) qui se présentent avec un aspect tout spécial, cancers qui marchent vite, saignent facilement et se compliquent, souvent, d'accidents septiques qui abrègent la scène pathologique. Il est bien certain que l'entéro-rectostomie n'est pas de mise ici, qu'il y aurait trop de chances de la voir échouer, par friabilité des tissus, par inoculation septique du petit bassin, et qu'ici, l'anus artificiel reprend tous ses droits.

Il en est de même pour les cas, signalés par Guinard, où, au cours d'une intervention, on a pu constater que le néoplasme rectal adhère aux organes voisins, à la vessie en particulier. Y aurait-il une surface assez grande pour placer, sur la paroi antérieure de l'ampoule rectale, un bouton de Murphy, que je ne l'y mettrais pas; j'aurais trop peur de le voir tomber dans la cavité abdominale; quant aux sutures, elles ne tiendraient pas. Il faut donc, ici, comme en toute circonstance, savoir se borner, et ne pas entreprendre d'opérations irrationnelles et hasardeuses.

Ceci posé, je crois devoir dire quelques mots de la survie, après l'entéro-rectostomie.

Je me suis, entraîné par M. Savariaud, peut-être trop avancé, en affirmant que la survie, après l'entéro-rectostomie, paraît être plus longue qu'après l'anus iliaque.

Notre statistique, à Savariaud et à moi, le prouve, mais elle est bien petite, bien pauvre, ainsi d'ailleurs que je le faisais remarquer dans mon rapport, en même temps que je disais que je ne conclurais pas fermement, avec un aussi petit nombre de cas.

Je ne ferai, au sujet de la survie après l'entéro-rectostomie, qu'une réflexion, c'est que la bouche anastomotique étant toujours située trop près du néoplasme a plus de chances d'être envahie par lui qu'un anus artificiel placé à une grande distance. C'est là, peut-être, qu'est le plus sérieux reproche qu'on puisse adresser à l'entéro-rectostomie, mais il ne faudrait pas l'exagérer non plus, surtout si on réfléchit à la marche habituellement très lente dès cancers sténosants rectaux sus-ampullaires et termino-sigmoïdiens, pour lesquels l'entéro-rectostomie est surtout indiquée.

Je crois avoir répondu à toutes les objections qui m'ont été faites.

Je me borne à mentionner l'heureux résultat, obtenu par notre collègue Chaput, par l'anastomose faite, par la voie sacrée, dans un cas de rétrécissement syphilitique du rectum, d'une anse grêle avec la portion sous-jacente au rétrécissement, méthode qui me paraît encore reculer les limites de l'entéro-rectostomie pour cancer rectal, et qui doit être rapprochée de celle qui consiste à aller chercher le rectum, par une incision périnéale, puis, après l'avoir trouvé près du cul-de-sac péritonéal, qu'on effondre au besoin, à l'anastomoser, avec une anse grêle, sus-jacente à l'obstacle rectal.

De la longue discussion qui a suivi mon rapport du 31 octobre 1905, je conclurai, avec M. le professeur Terrier, qu'on doit chercher à substituer, à l'anus artificiel, l'anastomose intestinale, toutes les fois que le siège du néoplasme le permet ; qu'en dehors de l'occlusion intestinale aiguë, cette méthode me paraît applicable aux cancers de la portion toute supérieure de l'ampoule rectale, aux cancers termino-sigmoïdiens, et à ceux qui occupent ces deux régions à la fois, c'est-à-dire, aux cancers qu'on sent à bout de doigt, et parfois seulement par le toucher rectal forcé ; mais, à la condition expresse, que l'état du malade ne soit pas trop précaire.

Que la recto-entérostomie proprement dite, c'est-à-dire l'anastomose d'un segment intestinal sus-jacent au néoplasme, avec l'ampoule rectale, devra être pratiquée, dans le cas où je me suis placé, de préférence à l'anus iliaque.

Que si l'anastomose de l'intestin avec l'ampoule rectale, par la méthode des sutures, paraît exécutable, sans trop de difficultés, c'est à elle qu'il faut donner la préférence.

Que si l'anastomose par sutures paraît impossible, ou devoir présenter de trop grosses difficultés, on a, pour l'exécuter rapidement, une ressource précieuse dans l'emploi d'un gros bouton de Murphy, mis en place selon la technique de Lardennois ; et, que les résultats obtenus par l'application de cette technique

sont assez encourageants pour appeler l'attention des chirurgiens sur la substitution, dans des cas bien déterminés, de la recto-entérostomie à la création d'un anus contre nature.

A propos des obstructions du cholédoque.

M. Tuffier. — Dans l'une de nos dernières séances (15 novembre), M. Quénu a abordé sucessivement deux points de l'histoire des obstructions du cholédoque, leur *diagnostic* et leur *thérapeutique*. Je vais les examiner successivement :

Le diagnostic de la nature de l'obstruction est souvent difficile, et cela *avant*, *pendant et après* l'opération. J'ai déjà insisté, dans notre dernière discussion (3 juillet 1903), sur ces difficultés; je n'y reviendrai pas et j'envisagerai seulement quelques points particuliers, plus particulièrement discutables :

Avant l'opération, le diagnostic de la nature de l'obstruction du cholédoque est souvent difficile, s'agit-il d'une lithiase ou d'une obstruction organique du cholédoque? Telle est alors la question. Sans doute, l'ictère progressif et continu est un bon signe d'obstruction permanente organique. L'amaigrissement, au contraire, n'a aucune valeur. Je viens d'opérer, il y a quelques semaines, une femme de cinquante-cinq ans qui avait maigri, d'une façon progressive, de 18 kilogrammes; son inappétence était complète, et cependant il ne s'agissait que de deux gros calculs siégeant dans la portion terminale du cholédoque. Nous aurions peut-être un élément de diagnostic dans la coexistence de l'*obstruction des canaux pancréatiques* avec celle du cholédoque s'il était possible d'en faire le diagnostic, car ces canaux sont souvent envahis dans les cancers de la tête du pancréas, alors qu'ils sont libres dans la lithiase. Malheureusement, de ce côté, ni la pathologie expérimentale, ni la clinique, ne permettent de poser des conclusions fermes. On a voulu voir, dans la *non-digestion ou dans l'élaboration vicieuse des graisses*, un élément de diagnostic indiquant la participation des canaux pancréatiques à l'obstruction. Or, sur ce point, la vérité est que sur 100 parties de graisse, Dastre a démontré que 60 parties environ étaient digérées par la bile, et seulement 20 p. 100 par le suc pancréatique; lorsqu'il existe simultanément, comme cela est la règle, une obstruction du canal de Wirsung et du canal cholédoque, il est difficile de calculer exactement ce qui revient à l'oblitération de chacun d'eux dans la non-digestion des graisses. Leur non-dédoublement, de même que la durée de la traversée digestive auraient une importance. Il y a donc de ce côté un élément d'appréciation,

mais d'interprétation délicate (voy. sur ce point les détails donnés par R. Gaultier. *Thèse* 1905. Exploration fonctionnelle de l'intestin par l'examen des fèces, p. 206). *Le dédoublement du salol* dont on avait voulu faire un autre élément de diagnostic ne semble pas avoir tenu ce qu'il promettait et, sur ce point, la certitude manque. La *glycosurie* qui accompagne *l'ablation* du pancréas fait le plus souvent défaut, sinon toujours, après la simple *ligature* ou l'obstruction du canal pancréatique. De plus, cette ligature ne s'accompagnant d'aucun trouble de la santé générale, l'amaigrissement, même rapide, ne peut lui être attribué; resterait *l'examen du sang*, qui est sujet à caution quand il est pratiqué sur un sujet atteint d'ictère. Nous ne pouvons donc pas compter sur des éléments bien solides de diagnostic de la perméabilité du canal de Wirsung et, en somme, nous ne pouvons souvent que soupçonner l'existence d'un calcul ou d'un cancer.

Pendant l'opération, le diagnostic peut être tout aussi difficile, mais là c'est plutôt à distinguer une pancréatite chronique d'un cancer qu'un cancer de la lithiase que notre sagacité s'exerce. Je partage l'opinion de M. Quénu sur la difficulté bien différente du diagnostic des calculs du cholédoque, suivant qu'ils occupent la région *sus-duodénale* ou la région *sous-duodénale*. Les premiers doivent toujours être reconnus, les seconds peuvent prêter à hésitation, parce que souvent ils sont entourés d'une épaisseur considérable de tissu du pancréas et surtout parce qu'ils se logent dans des sortes de *diverticules* de cette portion du cholédoque, si bien que quand ils se dirigent vers la partie postérieure, il peut être particulièrement difficile de les sentir et de les distinguer d'une induration néoplasique à moins de renverser, après décollement, le duodénum. Je crois cependant qu'il faut toujours chercher à préciser ce diagnostic, le sort du malade étant lié à cette précision. Pour ma part, dans tous ces cas où j'ai hésité entre une induration néoplasique, voire même une induration ganglionnaire et un calcul, je me suis toujours efforcé de pénétrer jusqu'au centre de l'obstruction en dissociant lentement et prudemment les parties qui me séparaient du centre du noyau induré, et je ne crois pas être jamais passé à côté d'un calcul de cette région. Si cette manœuvre me paraissait dangereuse, j'ouvrirais le cholédoque au-dessus du pancréas et je pénétrerais doucement, lentement, au moyen d'un stylet métallique, jusqu'au niveau du corps étranger.

Il est un autre diagnostic tout aussi difficile pendant l'opération, c'est de diagnostiquer la présence *de calculs dans le foie*. Je puis, à cet égard, vous citer l'exemple suivant. J'ai opéré, le

28 janvier dernier, à l'hôpital Beaujon, une femme de 69 ans atteinte de lithiase biliaire, au n° 11 de la salle Jarjavay. Je pus extraire facilement deux calculs de la portion sous-duodénale du cholédoque et l'exploration de tout l'arbre biliaire me fit constater l'absence de toute autre concrétion. Je fis le drainage du canal; ce drainage fonctionna relativement bien, car la bile ne s'épanchait pas dans le pansement, mais cette femme, après avoir présenté pendant quelque temps les signes d'une insuffisance hépatique, finit par succomber, son foie ne sécrétant que quelques centaines de grammes de bile par vingt-quatre heures. A l'autopsie, on trouva tout le foie rempli de centaines de calculs de volume variable.

De même, *pendant l'opération*, je considère qu'il est impossible de distinguer *un cancer à la tête du pancréas de ce qu'on appelle une pancréatite chronique*, et d'autant plus que les deux états pathologiques peuvent coexister ou se succéder. J'ai opéré récemment un cancer limité de la tête du pancréas; toute la région située en dehors du cancer était irrégulière et noueuse et présentait les caractères attribués à l'inflammation de cette glande, je ne puis même comparer cet aspect qu'à celui de la mammite noueuse.

Après l'opération, il peut paraître paradoxal de dire que les difficultés continuent. Je puis cependant donner la preuve qu'il en est ainsi.

J'ai opéré, le 28 mars 1903, un homme de cinquante ans entré à l'hôpital Beaujon, salle Malgaigne, n° 8, pour un ictère chronique par obstruction du cholédoque. Le début fébrile de l'affection, les antécédents de lithiase biliaire de cet homme, faisaient penser à un calcul. J'ai rapporté ici même toute son histoire (*Société de chirurgie*, 1903, séance du 3 juillet, p. 742), que j'avais intitulée : *Péricholédocyte ou pancréatite chronique.* L'opération m'avait fait constater une légère induration autour de l'orifice du cholédoque, et j'avais pratiqué une simple cholécystostomie. Son histoire s'arrête là. En voici la fin, particulièrement instructive. Quelques semaines après cette opération, la fistule persistant et les matières stercorales restant décolorées, je fis une cholécystentérostomie, et, trois semaines après, mon homme sortait guéri.

Sa santé redevint parfaite, il reprit son travail; je le vis plusieurs fois dans l'année qui suivit, et *dix-huit mois* après mon intervention, lors de sa dernière visite, il était tellement robuste que je n'hésitais pas à le regarder et à le citer comme exemple d'une pancréatite chronique. Cet homme est revenu dans mon service la semaine dernière. Il présentait un épithélioma venant faire chou-fleur à la peau, après avoir envahi toute la cicatrice.

La tumeur se prolongeait profondément dans l'abdomen; il n'y a pas de doute qu'il se soit agi ici d'un cancer du pancréas propagé le long du tissu cicatriciel de mon opération. Le malade n'avait pas d'ictère, pas encore d'amaigrissement; il est en ce moment soumis à l'action des rayons X. Tout ce que l'on pourrait tenter comme hypothèse, si on voulait rejeter l'opinion d'un épithélioma existant en 1903, c'est que le cancer s'est développé sur une pancréatite chronique, mais sur ce point je ne voudrais rien affirmer.

Je crois donc qu'il existe des cas où, pendant et après l'opération, le diagnostic est particulièrement difficile et doit rester hésitant.

Le second point que nous devons aborder est *la thérapeutique* des obstructions du cholédoque.

Pour ma part, et d'accord avec mon collègue Quénu, je crois que dans tous ces obstacles siégeant au voisinage du duodénum, le mieux et le plus sûr est de chercher à *lever cet obstacle*, et pour cela, si l'incision du cholédoque ne permet pas l'extraction, le calcul étant enchatonné, il faudra avant de faire la duodénostomie chercher à morceller le calcul. Ces concrétions sont souvent assez friables, surtout quand on a brisé leur coque, et, avec un peu de patience, j'ai pu ainsi enlever un calcul à travers un orifice relativement restreint. Je préfère, en tout cas, cette lithotritie aux incisions trop étendues dans cette région, ou aux délabrements trop pénibles et trop dangereux.

Les indications de la cholédoco-entérostomie se posent dans deux circonstances : 1° alors que toute la région est plus ou moins modifiée par une inflammation chronique; 2° ou bien après l'ablation de la tête du pancréas. J'ai rapporté ici même un fait dans lequel j'avais fait l'abouchement des voies biliaires dans l'intestin, et les difficultés que j'avais rencontrées étaient les suivantes : 1° friabilité du cholédoque ; 2° difficulté d'empêcher toute traction de l'intestin sur ce canal. Lorsqu'il existe une inflammation chronique, je crois que le siège de l'abouchement duodénal, jéjunal ou même gastrique a peu d'importance, et qu'il faut avant tout trouver une région qui soit *souple* et *facile à amener*, et il faut se garder de prendre une partie indurée, sclérosée, chroniquement enflammée, car dans ces cas l'échec me paraît presque inévitable. J'ai tenté en vain une nouvelle cholédoco-entérostomie dans les circonstances suivantes :

Un malade de soixante et un ans, entré en novembre dans mon service au n° 17 de la salle Malgaigne pour un ictère chronique, paraissait atteint d'un cancer de la tête du pancréas. La laparotomie me fit rencontrer des lésions limitées du volume d'une grosse

noix, absolument dures, occupant la partie interne de la tête du pancréas, au voisinage de la partie supérieure du duodénum ; en explorant cette induration, je m'assurai que le centre de la tumeur ne contenait pas de calculs ; je résolus d'en faire l'ablation. Après avoir isolé et sectionné le pancréas au niveau du bord supérieur de la première portion du duodénum, je disséquai toute la tête et le col du pancréas en ménageant les vaisseaux, et je sectionnai l'organe juste au delà du passage de l'artère mésentérique supérieure. Je dois dire que je ne rencontrai aucune difficulté sérieuse dans l'hémostase; en arrivant au niveau du duodénum, j'enlevai la partie la plus interne de la seconde portion correspondant à l'ampoule de Vater. J'essayai d'abaisser le cholédoque à ce niveau aux lieu et place de ma perforation; il me fut impossible de l'y maintenir sans traction, et la durée de l'opération ne me permettant pas de faire le détachement du duodénum au niveau de son bord externe, j'exécutai une cholécystentérostomie. Quant au reste du pancréas, j'amenai sa surface en dehors de la plaie au niveau de la peau et la fixai à ce niveau. Cette opération que j'exécutai pour la première fois ne me paraît pas au-dessus de nos moyens d'action. Malheureusement cet homme était affaibli par son ictère chronique et succomba au choc opératoire dix heures après l'opération. L'examen de la pièce a été fait par M. Ferrand, chef de clinique du professeur Debove, et il a montré que les limites du mal avaient été largement dépassées.

En somme, on anastomosera la vésicule biliaire à une portion saine de l'intestin dans tous les cas où cela sera possible. Quand cette vésicule fera défaut, on trouvera dans l'abouchement du cholédoque dans l'intestin une opération que les perfectionnements apportés à sa technique rendent recommandable.

M. Routier. — Le 18 juin 1901, j'opérais une femme de quarante-deux ans qui avait eu à plusieurs reprises de fortes crises de coliques hépatiques et qui sortait d'une dernière crise très grave.

Sa vésicule très petite, très rétractée, contenait un calcul, mais comme elle avait des signes d'occlusion du cholédoque, je cherchai plus loin et je sentis facilement plusieurs calculs en appliquant les parties molles contre la colonne vertébrale.

Je dis les parties molles, car il y avait tellement d'adhérences, de fausses membranes, de fusions antérieures des différents organes qu'il n'était pas facile de reconnaître anatomiquement les diverses parties.

Une fois la vésicule ouverte et vidée de son calcul, je l'attirai avec deux pinces, et suivis difficilement le conduit muqueux en coupant avec des ciseaux sur sa face inférieure.

Je dépassai ainsi un rétrécissement manifeste, sans doute dans le canal cystique ; ce rétrécissement incisé, je pus faire sortir, en les repoussant d'arrière en avant, par pincement, quatre calculs articulés qui devaient siéger dans le cholédoque, autant que j'en pus juger.

Ces quatre calculs sortis, la palpation la plus attentive ne me permit de découvrir aucune induration ; je pensai avoir évacué tous les calculs.

Je liai le pédicule de cette vésicule aussi loin que possible, mais je ne crus pas pouvoir faire de sutures plus loin ; je plaçai donc deux drains au contact de cette ligature, destinés à recevoir la bile qui s'écoulerait par le cholédoque ouvert, et deux mèches tassées faisaient plancher au-dessous et isolaient les drains de la cavité abdominale.

Les suites furent simples, la malade perdit tout de suite beaucoup de bile, mais le 4 juillet j'enlevais les drains, et, le 12, elle rentrait chez elle avec une petite plaie érosive sans trajet.

Elle revenait me voir le 12 octobre parfaitement guérie. Mais le 14 janvier 1902, j'étais appelé pour elle, d'urgence, dans l'après-midi ; cette femme avait un métier assez pénible, elle faisait quatre ou cinq ménages où elle avait à frotter des parquets, ce qui la fatiguait toujours beaucoup. Depuis deux mois environ, elle souffrait dans le côté droit, plus bas, disait-elle, que sa cicatrice.

Le 10 janvier, elle avait été prise, le soir, de douleurs plus violentes que d'habitude, et de vomissements bilieux.

Son état s'aggrava tous les jours qui suivirent, les douleurs se généralisèrent à tout le ventre, les vomissements devinrent verts, porracés, en même temps qu'il y avait arrêt complet des matières et des gaz.

En somme, quand je fus appelé auprès d'elle, elle avait tous les signes de la péritonite, et cependant elle n'avait que 37°6 et 96 pulsations.

Le ventre était uniformément ballonné, mais le maximum de douleurs et de résistance était dans la fosse iliaque, au-dessous de sa cicatrice de cholécystectomie ; je pensai à une appendicite.

Depuis son opération, elle n'avait plus eu d'ictère ni de crises hépatiques.

Le 14 janvier à 5 heures du soir, je pratiquai d'urgence une laparotomie latérale sur le bord du grand droit comme pour aller chercher l'appendice.

Je tombai sur un foyer profond, rétro-cæcal, paraissant remonter très haut, plein d'une sérosité citrine, un demi-litre environ, avec des gaz.

Cette cavité était tapissée de fausses membranes, surtout épaisses en dedans, de couleur verdâtre.

L'appendice était engainé par une fausse membrane verte analogue; je le liai et le réséquai.

Une fois les fausses membranes enlevées, l'appendice ne nous parut pas très malade : il était tout simplement un peu congestionné. Je lavai soigneusement cette cavité, après quoi j'y plaçai trois gros drains calés avec des mèches de gaze aseptique.

Les premiers jours, tout parut devoir s'arranger ; les fonctions intestinales reprirent, mais les pansements étaient largement souillés de bile.

Au bout de sept jours, la température montait, et, dès le lendemain, le 22, il sortait des matières fécales par les drains.

Le 27 janvier, treize jours après l'opération, la malade succombait.

A l'autopsie, nous avons trouvé tous les tissus le long de la colonne vertébrale, à droite, infiltrés d'un liquide jaune avec fausses membranes comme celles que nous avions trouvées.

Une perforation intestinale du grêle, sur la face interne du foyer, perforation évidemment secondaire.

Dans l'ampoule de Vater un calcul à facettes qui obstruait le cholédoque ; un calcul ramifié dans la branche droite du canal hépatique.

Les voies biliaires intra-hépatiques paraissaient normales, mais le cholédoque était dilaté. Il était enfoui dans un noyau de fausses membranes dures, anciennes ; je n'ai pas su retrouver les traces de mon ancienne intervention bien qu'elle ne datât que de huit mois, je n'ai pas su trouver non plus le point exact de rupture du cholédoque; c'était cependant de son niveau que partait l'infiltration jaune qui avait envahi tous les tissus le long de la colonne vertébrale, bien probablement de la cicatrice des voies biliaires consécutive à mon opération.

Il est certain pour moi que tous ces accidents ont été occasionnés par la présence de ce calcul dans l'ampoule, calcul qui a obstrué l'orifice du cholédoque et provoqué une rupture des voies biliaires par excès de pression lors des efforts que faisait cette femme en frottant les parquets. Elle n'a jamais eu depuis mon intervention de juin 1901 d'occlusion complète du cholédoque, comme elle en avait eu auparavant.

Ce calcul existait certainement à cette époque ; j'en fis sortir quatre par pression, en leur faisant suivre une marche rétrograde, par rapport au sens du flux de la bile; il est probable qu'il y en avait cinq et que le cinquième m'a échappé.

Aurais-je été plus heureux, aurais-je fait une opération plus

complète en suivant la voie transduodénale? je ne sais. J'ai rapporté ce fait pour montrer, d'une part, la difficulté de découvrir ces calculs par la palpation la plus attentive quand on est dans une région encombrée de fausses membranes, et aussi pour montrer les méfaits de la lithiase biliaire.

M. Terrier. — Messieurs, les questions de chirurgie des voies biliaires, soulevées par MM. Quénu et Tuffier, me paraissent devoir comporter une solution générale, depuis les recherches qui ont été faites sur le drainage complet des susdites voies, par la méthode de Kehr.

Grâce à cette méthode on peut, je crois, modifier les procédés opératoires signalés et étudiés avec soin par nos distingués collègues, et établir une règle de conduite applicable en principe à tous les cas et qui tend à les simplifier au point de vue thérapeutique.

Je me réserve, pour la prochaine séance, la communication de cinq observations recueillies dans mon service, qui tendent à démontrer l'efficacité de cette méthode utilisable dans les calculs du cholédoque, de l'hépatique, du cystique, de la vésicule, avec ou sans angiocholite, en cas de cholécystosyringectomie. Notons, en plus, la fréquence des lésions pancréatiques dans toutes ces affections des voies biliaires, qui elles aussi sont justiciables du drainage complet vanté par Kehr.

Rapport.

Epilepsie jacksonienne avec hémiplégie gauche par cysticerque de la zone rolandique droite. Trépanation. Guérison, par M. le Dr Waquet (de Lorient).

Rapport par M. A. BROCA.

L'observation que M. Waquet nous a envoyée sous ce titre est des plus intéressantes, aussi bien pour l'anatomiste que pour le clinicien et l'opérateur. C'est en effet une des plus nettes que l'on puisse recueillir en chirurgie cérébrale.

Un garçon boucher âgé de vingt-trois ans tombe brusquement deux vendredis de suite, et chaque fois se relève au bout de quelques minutes, sans souvenir de l'accident. Trois mois plus tard, crise convulsive débutant par le bras gauche, avec perte de connaissance. Puis, pendant près de cinq ans, les attaques se renouvellent tous les trois à quatre mois, survenant alors deux ou

trois fois dans la même journée. Mais le 23 mai 1905, le malade ayant alors vingt-huit ans, sans cause connue, les choses changèrent, et aux crises subintrantes s'ajouta une hémiplégie gauche, flasque. C'est dans cet état que, le 12 juin, le malade fut admis à l'hôpital de Lorient.

Au nombre de 250 à 300 par jour, nocturnes aussi bien que diurnes, les attaques se caractérisent par des convulsions débutant par le membre supérieur gauche, puis se généralisant, mais restant faibles à droite. Le malade sent venir la crise, ne perd pas connaissance, ne se mord pas la langue, n'a pas de déjections involontaires, ne pousse pas de cri initial. L'accès dure une minute, deux au plus, puis il en revient un après trois à cinq minutes de calme. Entre les accès, aucun trouble sensoriel, pas de céphalée, aucun phénomène oculaire.

Le bromure de potassium n'ayant eu jusqu'alors aucune efficacité, M. Waquet ne le prescrivit pas à nouveau. Mais, dans l'hypothèse d'une syphilis possible, malgré les dénégations du malade, il tenta la médication mixte (6 grammes d'iodure de potassium; injection de deux seringues de Pravaz par jour de la solution de biiodure de mercure de Panas). Le résultat fut nul, et dès lors il fut décidé de recourir au trépan pour aller à la recherche de la tumeur diagnostiquée. L'opération fut pratiquée le 26 juin.

Les extrémités de la ligne rolandique furent déterminées chacune par deux procédés concordants :

La supérieure : 1° à 2 centimètres et demi derrière le milieu de la ligne naso-iniaque; 2° à 18 centimètres et demi en arrière de l'angle fronto-nasal;

L'inférieure : 1° à 9 centimètres du point supérieur, sur la ligne joignant ce point au milieu de l'arcade zygomatique; 2° à 7 centimètres de la perpendiculaire élevée à l'arcade zygomatique au niveau du conduit auditif externe.

Ici M. Waquet, auquel je ne donnerai plus ensuite que des éloges, me permettra une légère critique. Il a ouvert le crâne en y faisant au trépan une brèche définitive : or, il avait très justement diagnostiqué une tumeur et même il nous dit qu'en raison de la profession du malade il avait songé à la possibilité d'un kyste parasitaire. L'indication était donc nette de recourir au volet ostéoplastique temporaire.

Dans la fenêtre bomba un peu la dure-mère tendue, ne battant pas. Elle fut incisée selon l'obliquité présumée de la ligne rolandique, et sous elle apparut un lacis vasculaire très serré, flexueux, turgescent. Deux ponctions au couteau de Græfe restèrent blanches. Alors l'orifice fut agrandi par en haut, à la pince-gouge, et cela mit à nu « un kyste clair, d'environ 1 centimètre cube », que

M. Waquet incisa. Après le liquide, fit issue par l'orifice de la poche une sorte de tête blanchâtre à la suite de laquelle vint, par traction, « un corps glaireux, formé de 4 ou 5 vésicules transparentes, la dernière la plus grosse ». Autant qu'on en puisse juger dans de semblables conditions, M. Waquet croit que la masse siégeait dans la scissure de Rolando, à la jonction du tiers moyen et du tiers supérieur et non dans l'épaisseur de l'écorce. Il voulut explorer un peu, vers le haut, les alentours de la région, et fut arrêté par une hémorragie assez abondante qui nécessita un tamponnement.

Rien à noter dans l'évolution post-opératoire : les crises furent radicalement supprimées, même sans amorce ultérieure; les mouvements revinrent — de haut en bas — dans le membre supérieur du 29 juin au 6 juillet. Et le malade fut revu en octobre, n'ayant plus aucun trouble fonctionnel.

Le kyste fut examiné histologiquement : il avait les caractères du *cysticercus racemosus*. Cette détermination zoologique est réellement intéressante. S'il est connu, en effet, depuis longtemps, que le cysticerque cérébral est la cause habituelle du tournis des moutons, et que même, d'après Penrose, les fermiers écossais sauvent environ 25 p. 100 des animaux en ponctionnant la tumeur quand elle fait bomber le crâne aminci, il est non moins certain que cette localisation est rare chez l'homme. Plus rares encore sont les interventions chirurgicales auxquelles elle a donné lieu, et en 1896, au cours des recherches étendues que j'ai faites pour mon *Traité de chirurgie cérébrale*, je n'en avais trouvé que deux, dues à Tietze et à Troje. Depuis, en 1903, à l'occasion d'une deuxième édition, je n'en ai pas trouvé d'autres, nos recherches ayant été, il est vrai, bien moins approfondies.

Ces deux malades ont guéri, comme celui de M. Waquet, et il y a une opposition à établir entre cette bénignité et la mortalité considérable des opérations pour kystes hydatiques, ces derniers communiquant souvent avec les ventricules, d'où décès fréquent avec écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien et hyperthermie.

Chez tous deux aussi, la symptomatologie fut la même : épilepsie jacksonienne avec hémiparésie; mais l'état de mal n'existait pas à vrai dire chez eux, et d'autre part la paralysie était incomplète, ce qui n'a pas empêché la persistance de l'hémiplégie chez l'un et de l'épilepsie chez l'autre. Aussi convient-il de féliciter M. Waquet d'avoir supprimé à la fois tous les troubles fonctionnels, et nous le remercions d'avoir songé à nous faire part de cette intéressante observation.

Présentation de malade.

Ablation d'un enchondrome de l'ethmoïde.

M. Pierre Sebileau. — La petite malade que je vous présente est une fillette de treize ans, que j'ai opérée le 11 novembre dernier. Elle était atteinte d'un enchondrome de l'ethmoïde dont le volume égalait celui d'un petit œuf de poule.

La petite patiente ne souffrait de rien autre chose que d'une obstruction totale de la narine droite; sa voix était nasonnée. La racine du nez était élargie; l'os propre du côté droit était repoussé en dehors. La rhinoscopie antérieure montrait dans la fosse nasale une masse arrondie, régulière, lisse, recouverte d'une muqueuse rosée, plutôt un peu pâle, laquelle occupait la place du cornet moyen dont elle rappelait un peu la forme — au volume près. — Cette tumeur tout à fait immobile, dure au toucher du stylet, descendait jusqu'au cornet inférieur et comblait presque complètement le méat moyen. En effet, elle s'appuyait contre la cloison qu'elle refoulait du côté gauche; entre cette cloison et la tumeur aucune fissure apparente n'existait par où pût s'engager l'instrument le plus fin. Tout cela donnait l'impression d'un néoplasme bénin descendu de la région ethmoïdale et enclavé dans la fosse nasale droite.

A gauche on voyait la cloison bomber fortement.

La rhinoscopie postérieure indiquait la liberté du cavum et de l'orifice choanoïde.

Mon assistant, le Dr Caboche, me présenta le cas comme un ostéome des fosses nasales; ce diagnostic était parfaitement vraisemblable. Je pensai qu'il s'agissait plutôt d'un enchondrome. Et l'événement me donna complètement raison.

J'enlevai cette tumeur de la manière que je vais dire, après avoir ouvert sur la face une large brèche osseuse par le moyen d'une simple incision para-latéro-nasale, allant du grand angle de l'œil jusqu'à la naissance de la sous-cloison en suivant le sillon naso-génien et le contour de l'aile du nez.

Cette incision, quand on a ruginé sans parcimonie tout le champ que l'élasticité de la peau permet de découvrir, met à nu une partie de la fosse canine, le demi-pourtour de l'orifice piriforme, la branche montante, l'os propre du nez, la portion interne du rebord orbitaire et toute la région de l'unguis.

Après avoir détaché l'insertion du cartilage latéral de l'aile du nez sur la bordure échancrée de la branche montante et décollé

de sa niche le sac lacrymal et la partie supérieure du canal lacrymo-nasal, je fis tomber à la pince-gouge toute la branche montante, l'os propre du nez, l'unguis et une petite étendue de la paroi interne de l'orbite. Comme cela ne me donnait pas encore le jour suffiant, je continuai à faire travailler l'instrument, non plus sur la branche montante elle même, mais sur le pourtour du « cœur de carte à jouer », ce qui ouvrit le sinus maxillaire et me permit, en détruisant un peu de sa paroi interne, de créer dans toute la hauteur de la fosse nasale, depuis le dome ethmoïdal jusqu'à la convexité du cornet inférieur, une béance énorme.

Je mis ainsi à jour toute la partie antérieure de la tumeur et une partie de ses faces latérales; mais elle demeurait obstinément enclavée dans l'étroit défilé de la superstructure nasale et nul effort, nulle manœuvre ne l'ébranlait.

Aucun point d'implantation n'apparaissait; c'était proprement une transformation totale de tout le labyrinthe ethmoïdal droit. A peine, sur la face externe, quelques fragments osseux lamellaires demeuraient-ils, vestiges d'une lame papyracée presque complètement détruite; en dehors, un clivage étroit se laissait découvrir entre la tumeur et la cloison déformée et concave. Impossible de passer sous la masse et de l'aborder par derrière.

Je décidai alors de pratiquer le morcellement de la tumeur et, toujours convaincu qu'il s'agissait d'un enchondrome, j'essayai tout d'abord de l'évider, ce qui réussit très bien. Avec la gouge de Legouest et une sorte d'écope tranchante, je rénettai la tumeur et la débitai tout entière en petites tranches jusqu'à ce qu'il n'en restât plus trace. A ce moment, la lame criblée seule restait en place; sur deux points, même, elle manquait et la dure-mère était à nu. En arrière, la paroi antérieure du sinus sphénoïdal apparaissait au fond du puits; je l'ouvris pour en examiner la cavité. Et toute cette masse put ainsi être morcelée en fragments rouges d'aspect finement spongieux, sans qu'à aucun moment rien nous rappelât ni la paroi, ni le creux d'une cellule ethmoïdale; c'était bien une transformation complète et totale du labyrinthe et du cornet moyen.

L'examen histologique a confirmé la nature enchondromateuse soupçonnée de la tumeur.

Placée dans la misérable salle où, en attendant mieux, je suis obligé d'opérer et de soigner mes malades, à côté d'une femme atteinte d'un énorme cancer infecté du sinus maxillaire et venue d'Aubervilliers, ma petite malade, trois ou quatre jours après son opération, présenta un peu d'élévation de température et une légère rougeur œdémateuse des ailes du nez. Je craignis, un moment, qu'un érysipèle ne se déclarât, mais les symptômes

s'amendèrent rapidement et la guérison se fit sans autre encombre.

La plastique est, vous voyez, parfaite ; nulle trace n'existe plus de cette large brèche dont on dirait, au cours de l'opération, qu'elle doit déformer définitivement la face ; la symétrie du visage est presque irréprochable et la ligne cicatricielle n'est déjà plus reconnaissable qu'à la teinte un peu rosée de ses deux lèvres.

La respiration nasale est parfaite. Nul inconvénient ne subsiste plus que la formation de quelques croûtes, ainsi que cela arrive chez tous ceux qui ont perdu leurs cornets ; ces croûtes sont molles et se détachent facilement. L'huile mentholée en diminue la quantité et en facilite l'élimination.

Je vous présente aussi deux pièces anatomiques de démonstration ; sur l'une vous pouvez voir tout le champ osseux que découvre, après rugination du périoste et réclinaison de la pyramide nasale, l'incision para-latéro-nasale ; sur la seconde, vous voyez réalisées, après création de la brèche qu'assure la destruction de la branche montante, de l'os nasal et de l'unguis, l'ablation totale de l'ethmoïde et l'ouverture large du sinus sphénoïdal : c'est l'opération que j'ai faite.

Encore une fois, je tiens à répéter qu'elle ne porte nulle atteinte à la plastique faciale pourvu que l'on n'aille pas au delà de la crête nasale. C'est, du reste, une chose connue de tous ceux qui ont l'habitude de la chirurgie faciale, et dont l'évidence saute aux yeux, que l'exérèse osseuse, même très large, qui ne porte pas sur les régions en saillie ne trouble que fort peu la symétrie du visage.

Cette opération, cette excellente opération, qui permet à peu de frais une pénétration large dans la fosse nasale et trouve son indication dans plusieurs processus justiciables de la cure chirugicale, est, en fait, une vieille opération ; mais on la pratique aujourd'hui, avec ces merveilleux instruments que sont les pinces-gouges, bien plus commodément qu'on ne la pratiquait à l'époque où il fallait se servir de la scie à chaîne, de la gouge et du maillet ; l'emploi de ces pinces gouges, qui permet d'étendre, d'élargir le champ opératoire au fur et à mesure des besoins, a rendu vraiment très pratique une opération qui, jusqu'à ce jour, n'ayant reçu que de très rares applications, est demeurée presque inconnue des chirurgiens et des spécialistes, ce qui lui permet de renaître de ses cendres.

J'aurai l'occasion de revenir sur cette question dans le travail que je prépare sur les voies de pénétration chirurgicales dans les fosses nasales. Mais, en deux mots, je voudrais rappeler la courte

histoire de cette opération que Lermoyez (1) appelait, il n'y a pas longtemps, « le procédé de Moure ».

Le 4 janvier 1843 (2), Michaux (de Louvain) ayant à extraire un « polype fibreux des fosses nasales à insertions larges et multiples », projeta de « fendre le nez et la lèvre supérieure sur la *ligne médiane* et d'enlever l'os propre du nez et l'apophyse montante du maxillaire supérieur ». Cette idée fut mise à exécution; l'opération donna une ouverture osseuse assez grande; elle permit l'exploration de la tumeur et un commencement de morcellement, mais le malade étant tombé trois fois en syncope, l'opération ne fut pas achevée; elle eût été complétée quelques jours plus tard, mais le patient effrayé escalada le mur de l'hôpital, retourna dans son patelin et se fit raccommoder la plaie des téguments par une raccoutreuse.

L'opération de Michaux est donc à peu près, mais n'est pas complètement, tout au moins pour ce qui concerne l'incision cutanée, l'opération que je décrivais plus haut.

Le 29 novembre 1865, Legouest (3) prononçait à la Société de chirurgie, à propos des fibromes nasopharyngiens, les remarquables paroles que voici : « Je ne puis me résoudre à considérer les opérations ou, pour mieux dire, les mutilations préliminaires qui ont été conseillées et mises en pratique pour guérir cette redoutable affection, comme le dernier mot de la chirurgie... J'ai pensé qu'il serait peut-être possible d'éviter les infirmités considérables et souvent irrémédiables que laissent après elle l'ablation du maxillaire supérieur et la destruction de la voûte palatine, en ayant recours à des procédés opératoires qui, tout en respectant la face et les organes qu'elle renferme, permissent de répéter l'extirpation des tumeurs... » Et voici comment Legouest décrivait l'opération qu'il avait imaginée et exécutée : « Au moyen d'une incision partant du grand angle de l'œil et descendant le long de l'aile du nez jusqu'à mi-hauteur de la lèvre supérieure, j'ai ouvert largement la narine gauche et renversé en partie le nez à droite après avoir détruit l'articulation de l'os propre du nez avec l'apophyse montante. Portant une cisaille sur celle-ci et sur la partie externe et inférieure de l'ouverture antérieure des narines, j'ai, à l'aide d'un coup de ciseau, renversé en dehors la paroi interne du sinus maxillaire. Trouvant alors une

(1) M. Lermoyez. — Un cas de cancer de l'ethmoïde, in *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx et du pharynx*, juillet 1904, n° 7, p. 1 et suivantes.

(2) Michaux. — Des résections de la mâchoire supérieure, in *Bulletin de l'Acad. roy. de Belgique*, 1852-1853, t. XII, p. 349.

(3) Legouest. — *Bulletin de la Société impériale de chirurgie de Paris*, 1865, 2e série, t. VI, p. 523.

voie suffisante pour arriver à la base du crâne, j'ai arraché le polype, etc... La fosse nasale était parfaitement libre, nettoyée, etc., etc. »

A l'instrumentation près, c'est bien là l'opération dont je vous montrais tout à l'heure les résultats snr le cadavre; c'est aussi celle que j'ai pratiquée sur la fillette que je vous présente et qui, après m'avoir largement découvert tout le champ opératoire dont j'avais besoin, a donné un résultat plastique pour ainsi dire irréprochable.

Cette excellente opération de Michaux-Legouest, que répéta plus tard en la modifiant, Michel (de Nancy) (1), lequel en retrancha à tort la résection des os propres du nez, y ajouta peu utilement une incision perpendiculaire à l'incision verticale et la compléta heureusement par l'exérèse d'une partie du pourtour orbitaire, cette opération, dis-je, est injustement tombée dans l'oubli. Elle est capable de rendre les plus grands services pour l'extirpation de toutes les tumeurs qni occupent la superstructure des fosses nasales. Le chirurgien possède en elle la précieuse faculté de se donner du jour autant que de besoin, en descendant la résection vers le sinus maxillaire, ou en poursuivant celle-ci jusqu'à la presque totalité de la face interne de l'orbite, tout en ménageant le rebord orbitaire. Cette extension de l'exérèse ne comporte nul inconvénient, le canal lacrymo-nasal et le sac lacrymal se décollant avec la plus grande facilité. Ces mêmes services, l'opération de Michaux-Legouest peut les rendre dans le traitement des fibromes naso-pharyngiens (comme brèche préliminaire), et surtout dans la cure radicale des cellulites ethmoïdales. Aussi Killian en a-t-il fait très habilement le dernier temps du procédé d'ouverture et de curettage des sinusites fronto-ethmoïdales qui porte son nom.

E. Moure (2) a donc rendu un réel service en appelant l'attention sur cette rhinotomie para-nasale par la publication de trois cas intéressants dont le dernier vous sera prochainement rapporté par moi, et en réglant son exécution; il serait aussi injuste de ne pas le reconnaître, qu'il serait injuste de déposséder à son bénéfice ceux qui ont imaginé et exécuté les premiers cette opération.

---

(1) Michel (de Nancy), in *Thèse* de Mathias-Marie Duval sur « les Procédés de section du maxillaire supérieur ». Nancy, 1869, n° 173, p. 54.

(2) E.-J. Moure. Traitement des tumeurs malignes primitives de l'ethmoïde, in *Rev. hebd. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 4 octobre 1902, n° 40, p. 401.

Présentations de pièces.

Tuberculose iléo-cæcale.

M. MICHON. — Tuberculose iléo-cæcale. — M. HARTMANN, rapporteur.

Kyste hydatique de la fesse.
Intervention dans la tuberculose articulaire, suites éloignées.

M. E. POTHERAT. — La pièce que je vous présente n'offre, en elle-même, rien de particulièrement intéressant, puisqu'à ce liquide clair, eau de roche, à cette membrane hyaline, à ces vésicules translucides, vous reconnaissez les parties constitutives d'un kyste hydatique, avec vésicules filles.

La particularité, c'est que ce kyste hydatique siégeait dans la partie supérieure de la fesse gauche, au sein des fibres musculaires du moyen fessier, en contact immédiat avec le périoste de la fosse iliaque externe.

Les kystes hydatiques intra-musculaires sont connus, mais assez rares pour qu'ils méritent d'être signalés. La tumeur parasitaire avait ici les caractères habituels : lisse, tendue, régulière, elle était rénitente et non fluctuante, simulant, sauf par une consistance plus ferme, un lipome. Elle était assez volumineuse, car son contenu était de 400 centimètres cubes environ.

J'ouvris largement la tumeur que j'avais d'abord évacuée par ponction aspiratrice, je trouvai la membrane hydatique rétractée dans la poche adventice. Je la pris avec une pince et l'enlevai facilement sans déchirure et en totalité. Je vis alors une poche adventice, blanche, resplendissante et nacrée, que j'enlevai aussi et sans difficulté pour hâter et faciliter la réunion immédiate. Je m'aperçus alors, en enlevant cette membrane adventice, que des vésicules libres circulaient dans cette poche. Ces vésicules, bien certainement, s'étaient échappées de la poche au cours de la ponction. L'orifice de celle-ci était beaucoup plus large que ne l'eût fait supposer le calibre du trocart; cette large ouverture par éclatement partant de la ponction est la règle dans les kystes hydatiques. Si je signale cette fuite de quelques vésicules filles hors de la membrane hydatique et se dissimulant dans la mem-

brane adventice, c'est qu'à mon avis elle rend compte très simplement de ces faits où, quelques mois après la guérison d'un kyste hydatique, on voit apparaître au niveau du foyer de l'incision une ou deux petites hydatides. Ce ne sont pas là des greffes, ce sont tout simplement des vésicules erratiques.

Ce qui m'a incité, surtout, à vous apporter cette pièce, c'est qu'elle me fournit l'occasion de vous signaler les résultats à distance d'une intervention sur les genoux pour des lésions de tuberculose. La malade qui portait ce kyste, dont elle s'était aperçue pour la première fois en mars dernier et qui devenait chaque jour plus gênant et même douloureux, avait été opérée par moi en décembre 1899, il y a six ans, de trois tuberculomes fibreux de la synoviale du genou droit, et en octobre 1900, il y a cinq ans, d'un volumineux lipome arborescent du genou gauche. L'examen histologique fait par M. le Dr Meslay avait montré que ces lésions étaient des productions inflammatoires autour de colonies tuberculeuses. Cette malade est demeurée parfaitement guérie, ses genoux fonctionnent facilement et complètement; elle n'a aucun épanchement articulaire; elle est bien et dûment guérie et son état général est excellent. Les pièces ont été présentées ici, il était donc intéressant de faire connaître la suite lointaine de ces deux interventions.

Ostéotomie du col fémoral.

M. Savariaud. — Ostéotomie du col fémoral avec interposition musculaire, pour une ankylose. — M. Kirmisson, rapporteur.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1905

Présidence de M. SEGOND, vice-président.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Corr spondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Un travail de M. BRIN, intitulé : *Observation de pratique chirurgicale.*

A propos du procès-verbal.

Fracture de la cuisse.

M. KIRMISSON. — M. Delbet a présenté ici il y a quelques semaines un malade porteur d'un appareil qui lui permettait de marcher avec une fracture de cuisse. J'avais dit à ce moment-là qu'il serait surtout intéressant de voir ultérieurement le résultat obtenu. J'ai examiné ce matin avec soin ce malade à la demande de M. Delbet.

Voici le résultat de cet examen : Raccourcissement de 1 centimètre. Cal volumineux saillant à la partie interne de la cuisse.

Epanchement notable dans l'articulation, et enfin, ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que le genou ne fléchit qu'à 155 degrés : ses mouvements sont donc très limités. C'est sur la demande expresse de M. Delbet que je donne ici ces renseignements.

Le drainage des voies biliaires principales.

M. Terrier. — Le drainage des voies biliaires est reconnu comme le traitement le plus efficace des infections biliaires. C'est, dit Delagenière (du Mans), la meilleure manière d'obtenir la désinfection de ces voies biliaires, désinfection qui est la pierre de touche de presque toute la pathologie hépatique.

Ce drainage biliaire a passé par une série d'étapes de plus en plus logiques.

Pendant longtemps on n'osait ouvrir la vésicule que lorsqu'elle était adhérente à la paroi abdominale; on faisait alors une simple ouverture d'abcès.

Ce fut un grand progrès quand Marion Sims puis Wolfler, Lawson Tait ouvrirent la vésicule non adhérente et créèrent la cholécystostomie. Longtemps, on se borna à ce seul drainage vésiculaire, encore défendu par Mayo Robson, tout en modifiant et perfectionnant la technique de l'opération. Les résultats obtenus par le drainage des voies biliaires accessoires étaient bons quand il s'agissait de la désinfection des voies d'excrétion de la bile, mais devenaient insuffisants lorsqu'à l'infection s'ajoutait ou coexistait la présence de calculs dans les voies biliaires principales, tels le cholédoque et les canaux hépatiques.

En Allemagne l'exploration des canaux biliaires principaux fut préférée à toute autre manière de faire, et pour désinfecter les voies biliaires et pour les libérer des calculs qui pouvaient interrompre ou gêner l'écoulement de la bile. Au lieu d'agir sur les voies biliaires accessoires, on résolut de les supprimer, chose facile, et de porter toute l'action curatrice sur les voies biliaires principales. Telle fut la méthode préconisée par Kehr qui, au 1er janvier 1905, avait déjà pratiqué 144 drainages de l'hépatique.

En France, mon ami et élève Delagenière, du Mans, constatant l'insuffisance de la cholécystostomie quant à l'expulsion des calculs biliaires, fit en 1903 l'hépaticotomie et le drainage par les voies biliaires accessoires (1). En 1904 (2) il publia deux observations nouvelles, l'une de drainage de l'hépatique par le cholédoque, l'autre d'hépatico-lithotripsie avec drainage de la vésicule (opération faite le 27 janvier 1898). Puis toujours en 1904 (3), il relate un fait de drainage de l'hépatique, avec drainage accessoire de la vési-

(1) *Archives provinciales de chirurgie*, t. XII, n° 4, p. 201-205.

(2) *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, n° 2, p. 325, 10 août 1904.

(3) *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie de Paris*, 13 juillet 1904.

cule et conservation de cette vésicule et du cystique. Le drain de l'hépatique fut supprimé le seizième jour. En fait il s'acheminait vers l'opération de Kehr, sans pourtant y atteindre complètement. Celle-ci fut expérimentée en France par notre collègue M. Lejars qui en publia trois cas intéressants dont un seul fut suivi de mort par anurie.

Citons encore deux thèses de doctorat, toutes deux de 1905 et soutenues à la Faculté de Paris.

L'une due à M. Emile Bouvier, qui ne donna aucune observation inédite.

L'autre de M. Guénot, avec une observation inédite de M. Lejars et une bibliographie très complète de l'état de la question.

Ayant pour notre part expérimenté le draînage des voies biliaires principales dans notre service de la clinique chirurgicale de la Pitié, nous nous proposons de vous communiquer ces observations au nombre de cinq et toutes inédites.

Obs. I. — *Calcul du cholédoque avec angiocholite. Extirpation du calcul. Drainage du canal hépatique. Guérison.*

Mme G... née W..., âgée de trente-quatre ans, doctoresse, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans. A ce moment, elle accuse des troubles gastriques se manifestant par de la dyspepsie et de l'hyperchlorhydrie; en même temps, quelques légères hématémèses.

Après la naissance de son troisième enfant, il y a cinq ans, elle ressent une première crise de coliques hépatiques, crise légère au point de vue des douleurs, mais s'accompagnant d'un ictère intense avec décoloration absolue des matières et urines couleur acajou. Cette crise fut apyrétique et dura environ six semaines. Au bout de ce temps les troubles s'amendèrent peu à peu et disparurent.

Après son quatrième accouchement, dix-huit mois après la première crise, il y a trois ans et demi, environ un mois après l'accouchement, la malade ressentit une seconde crise, mais cette fois il n'y eut pas d'ictère. Les douleurs, par contre, furent très violentes, avec un maximum de douleur au niveau de la région vésiculaire. Ces crises douloureuses duraient deux à trois heures et revinrent d'abord tous les huit jours, puis tous les cinq, quatre, trois, deux jours, bientôt elles furent quotidiennes et même biquotidiennes. La malade a remarqué qu'à la suite de chaque ingestion de quelque aliment se déclarait une crise. Deux fois les crises douloureuses s'accompagnèrent d'angiocholite, la température s'élevant à 39°5, avec grands frissons. A ce moment la malade ne pouvant presque plus s'alimenter a maigri de 45 livres.

Bientôt l'état alla s'agravant sans cesse, les crises furent presque continuelles, elles se manifestaient seulement par des douleurs très vives dans toute la région biliaire, sans vomissements, sans ictère; les

troubles gastriques persistaient; hématémèses peu abondantes mais répétées, hyperchlorhydrie.

Il y a un an, la malade, sur le conseil de son médecin, fait une cure à Vichy avec un résultat nul.

Deux mois après elle fait une saison prolongée à Carlsbad, en 1904. Dès son retour de Carlsbad, les douleurs diminuent un peu d'intensité, mais apparaît un ictère chronique persistant qui devient de plus en plus marqué jusqu'à son entrée à la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Mère ayant un passé hépatique, rhumatisante, insuffisance mitrale. Père mort de congestion pulmonaire. C'était un hémophilique, il avait le teint sub-ictérique. Ses frères et sœurs sont cholémiques.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à quatorze ans. Aucune autre maladie, cinq grossesses normales.

Entrée à la Pitié, pavillon Lisfranc, lit n° 7, le 19 avril 1905.

A l'examen. Teinte ictérique prononcée sur tous les téguments, coloration des muqueuses et des conjonctives. La malade est dans un mauvais état général, très amaigrie, aucun appétit, aucun sommeil, douleurs vives. Sur la peau, lésions de grattage, les matières sont complètement décolorées, les urines acajou.

A la palpation : le foie est à peu près de volume normal, débordant les fausses côtes d'un travers de doigt; diamètre sur la ligne mamelonnaire, 13 centimètres. La région vésiculaire est très douloureuse à la pression. On ne sent pas la vésicule.

Température normale, pouls à 62.

Opération le 26 avril 1905, par M. Gosset. Aides : Dujarier, Desjardins. Chloroforme : Boureau.

Incision en baïonnette d'après Kehr. Exploration des voies biliaires; la vésicule n'est pas dilatée, elle a contracté des adhérences avec la face inférieure du foie. On libère ces adhérences et on isole la vésicule. On ouvre la vésicule après protection du foyer opératoire, puis on incise toute sa paroi inférieure. On remonte ainsi tout le cystique qu'on ouvre jusqu'à sa terminaison. Et on enlève la vésicule et tout le cystique. On agrandit en haut sur l'hépatique, et en bas sur le cholédoque l'incision du cystique qui mesure alors 3 centimètres et on explore les voies principales avec une bougie en gomme n° 12. On emploie deux bougies différentes : une pour le bout supérieur, une pour le bout inférieur. On sent à environ 1 centimètre, dans le cholédoque, un calcul de la grosseur d'une grosse noisette. On extrait ce calcul en le refoulant avec les doigts à travers la paroi du canal. Les voies biliaires explorées à nouveau sont libres tant du côté de l'hépatique que du côté du cholédoque. Par l'incision du cholédoque on place un drain n° 30 non perforé. On suture l'épiploon au péritoine pariétal, formant ainsi un canal de protection autour du drain; fermeture de la paroi en trois plans. Durée de l'opération, quarante minutes, quantité de chloroforme à la compresse, 34 centimètres cubes.

Suites opératoires. — Absolument normales. Le soir du second jour, la température s'est élevée à 37°8 et depuis, n'a jamais atteint 37 degrés,

oscillant entre 36°6 et 36°8, le pouls entre 70 et 80. Selle le 3e jour. Selles colorées le 7e jour. Les urines redeviennent normales dès le 4e jour. On retire le drain le 17e jour. La malade se lève le 22e jour et sort de l'hôpital le 24e jour, sa fistule fermée.

Revue le 5 novembre 1905. — Parfait état, la malade a engraissé de 12 livres, n'a plus souffert; teint normal, matières et urines normales. Cicatrice solide. La dyspepsie et l'hyperchlorhydrie ont disparu.

Obs. II. — *Calcul de l'hépatique. Cholédocotomie. Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique. Guérison.*

Mme Marie V..., âgée de trente-huit ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, lit n° 8, le 7 juin 1905, pour un ictère persistant depuis le mois d'octobre 1904.

Toujours bien portante, sauf une constipation opiniâtre.

Deux grossesses normales : la première il y a cinq ans, la seconde il y a quatre ans.

Début de la maladie actuelle.

Mois de janvier 1904. — Apparition de douleurs au creux épigastrique, durant une demi-heure, une heure ou plus, survenant après les repas, surtout après le repas du soir, deux ou trois heures après. Ces douleurs étaient calmées par les vomissements. Ces vomissements étaient purement alimentaires. La malade avait une sensation de « boule » au niveau de l'estomac. Les vomissements survenaient d'abord tous les trois ou quatre jours, puis toutes les semaines.

Le 5 octobre 1904. — Crise beaucoup plus violente : douleur épigastrique irradiant dans les deux hypocondres. Les douleurs durèrent toute la journée. Dans l'après-midi, vomissement alimentaire. Le lendemain, douleur moins vive, sensation de grande lassitude, frissons qui durèrent pendant une heure.

Une ou deux autres crises semblables pendant le mois d'octobre.

A partir du mois d'octobre la malade dit que les douleurs ont changé de caractère en devenant beaucoup plus vives.

C'est vers la fin d'octobre 1904, à la suite d'une crise douloureuse plus violente, suivie de vomissements alimentaires abondants, que l'ictère débuta.

Le matin on lui fit remarquer qu'elle avait la peau et les conjonctives jaunes. Puis apparurent des démangeaisons par tout le corps. Les urines en même temps devenaient acajou foncé, presque noires. Elle va consulter un médecin qui la met au régime lacté. Le médecin, ayant attiré son attention sur ce point, elle remarqua que ses selles étaient blanches, décolorées.

A la suite du régime lacté, les urines devinrent plus claires, l'ictère pâlit un peu, mais les selles restèrent décolorées.

Au bout de dix-huit jours, la malade, ne souffrant plus, cessa le régime lacté et demeura environ quinze jours dans un état stationnaire.

Mais à ce moment les crises douloureuses recommencèrent avec les

mêmes caractères que précédemment, mais s'accompagnant, cette fois, de vomissements bilieux. Pendant trois semaines, en février, la malade eut de la diarrhée.

L'ictère reprend son intensité première; il n'avait d'ailleurs jamais disparu complètement, mais dans la dernière semaine la teinte ictérique est devenue plus accentuée.

La malade a eu plusieurs crises en février et en mars, deux crises au début d'avril, pas de crise en mai, une seule au début de juin.

Etat actuel. — A l'inspection on relève la teinte jaune de la peau sur toutes les parties du corps. Teinte jaune de la conjonctive et des muqueuses.

Appareil digestif : Langue non saburrale, pas de constipation; actuellement matières dures, décolorées. Le foie est gros, un peu abaissé, débordant les fausses côtes de deux travers de doigt. La palpation fait reconnaître un point douloureux au niveau de la vésicule, mais celle-ci n'est pas sentie sous le bord du foie.

Pas d'ascite, pas de circulation collatérale.

L'appareil urinaire fonctionne normalement comme quantité (14 à 1.600 grammes).

Examen des urines : 9 juin.

Urée	19 gr. par litre.
Albumine.	traces.
Sucre.	néant.
Pigments et acides biliaires.	réaction très nette.

L'appareil circulatoire est normal. Le pouls est à 68.

Opération le 14 juin 1905 par le Professeur Terrier. Aides : Gosset, Desjardins. Chloroforme : Boureau. Incision en baïonnette. Ouverture du péritoine pariétal. Le foie est très abaissé. On le relève et on aperçoit la vésicule peu distendue. Par l'exploration extérieure, cette vésicule ne paraît pas contenir de calculs. On l'isole d'un bout à l'autre jusqu'au niveau du cystique que l'on isole aussi dans toute sa longueur. On fait une ponction exploratrice de la vésicule et on retire quelques centimètres cubes de bile.

Alors, on fend sur sa face inférieure et d'un seul coup la vésicule et le cystique jusqu'au cholédoque dont on incise la partie supérieure.

Avec une bougie n° 11, on explore le cholédoque de haut en bas. Il ne contient rien dans son intérieur.

Avec une autre bougie n° 11, on explore l'hépatique de bas en haut. On sent très nettement un calcul mobile dans l'hépatique. Le calcul est tellement mobile qu'il file derrière la bougie et descend jusque dans le cholédoque. On le fait remonter de bas en haut dans le cholédoque et bientôt il apparaît au niveau de l'incision du cholédoque.

Le calcul est du volume d'une noisette, rond, noir et régulier.

On termine l'opération en faisant la cholécystectomie et la cystectomie et en mettant dans l'hépatique dilaté (il admet le médius) un drain non perforé n° 30.

Par deux points à la soie fine, on suture à droite et à gauche l'ouverture du cholédoque et de l'hépatique au péritoine pariétal on place deux mèches de chaque côté du drain. Fermeture de la paroi à trois plans.

Durée de l'opération, une heure. Quantité de chloroforme (appareil Roth), 25 centimètres cubes.

Suites opératoires. — Absolument normales. Sauf le premier jour, où elle atteint 37°5, la température n'a jamais dépassé 37 le soir, 36°8 le matin.

La malade rend des gaz le second jour. On retire les deux mèches le 3e jour. Selle le 4e jour. Urines 1.000 grammes, presque normales de couleur. On retire les fils le 8e jour.

Les matières sont recolorées le 11e jour. On retire le drain le 20e jour.

La malade se lève le 22e jour. La fistule est complètement fermée le 26e jour.

Revue en octobre 1905. Parfait état. N'a jamais souffert. Plus la coloration ictérique. Cicatrice solide, mais un peu exubérante au moindre niveau du coude de la baïonnette.

OBS. III. — *Lithiase vésiculaire et angiocholite. Fistule biliaire de la vésicule. Cholécystectomie et hépaticotomie. Drainage hépatique. Mort.*

La malade entre salle Lisfranc, lit n° 12, le 22 juillet 1905, pour une fistule biliaire.

Il y a trois ans, la malade a présenté une série de crises douloureuses, avec maximum de localisation au niveau de la région hépatique et irradiation dans la région lombaire et dans la région scapulaire droite. Ces crises duraient une ou deux heures, quelquefois un peu plus longtemps. A la suite de ces crises douloureuses, et pendant les jours suivants, la malade prenait une coloration ictérique et présentait des vomissements bilieux. Toutefois, les crises ne s'accompagnaient pas de fièvre; elles se reproduisaient pendant quinze jours, survenant aussi bien la nuit que le jour; puis, à cette période de crises successives, succédait une période de répit durant un ou deux mois. Pendant ce temps, l'ictère disparaissait à peu près complètement, les matières se recoloraient.

Il y a deux ans, la malade a présenté un ictère très intense avec selles décolorées, urines acajou, mais cet ictère a évolué sans douleur; il s'est installé peu à peu et insidieusement, puis, au bout de deux mois, il s'est de même peu à peu atténué, et les selles se sont recolorées progressivement en même temps que les urines reprenaient leur teinte normale.

Au mois de janvier 1905, la malade ressent une crise très violente. L'ictère reparaît, devenant rapidement très intense; les matières sont décolorées, les urines acajou. La malade ressent un maximum de douleur au niveau de l'hypocondre droit, et en même temps sent une petite tumeur dans cette région. Cette tumeur grossit rapidement en adhérant de plus en plus à la paroi abdominale, si bien qu'on a l'im-

pression d'une collection superficielle. On l'ouvre d'un coup de bistouri le 27 janvier. Il en sort de la bile et de petits calculs. On laisse un drain.

Depuis ce moment, les douleurs ont cessé, l'ictère s'est atténué, et les selles se sont un peu recolorées (dit la malade). Mais aussi, depuis cette incision, la malade présente une fistule biliaire persistante. Il y a quinze jours, il en est sorti de nombreux petits calculs. C'est à cause de la persistance de la fistule et de l'abondant écoulement de bile que la malade entre à l'hôpital.

Actuellement, la malade présente un ictère très net quoique peu foncé. Son état général est mauvais et donne l'impression d'une cachexie à marche rapide : elle est maigre, la peau est sèche et a perdu son élasticité, l'appétit est nul, les vomissements fréquents. La malade n'urine que 600 grammes par jour avec 14 grammes d'urée par litre, ce qui ne fait pas 8 grammes d'urée en vingt-quatre heures. Pas de sucre, mais de l'albumine, à vrai dire en minime proportion.

A l'exploration, on trouve un foie diminué de volume; on ne sent pas la vésicule, mais la pression, à ce niveau, est douloureuse. Devant la marche rapide des accidents, on intervient.

Opération le 28 juillet 1905 par le professeur Terrier; aides : MM. Alglave et Papin. Chloroforme, Boureau. Incision en baïonnette au niveau de la région épigastrique, circonscrivant la fistule au niveau de l'ombilic.

Exploration du foie qui est légèrement atrophié. Mise à découvert de la vésicule; dissection et libération de cette vésicule qui a des adhérences serrées et résistantes avec la face inférieure du foie. Ouverture de la vésicule au voisinage du cystique. Cathétérisme du cystique; ouverture du cystique. Cathétérisme du canal cholédoque avec une bougie en gomme n° 12. On ne sent pas d'obstacle : la sonde pénètre jusque dans le duodénum. Ouverture et cathétérisme du canal hépatique.

Le canal hépatique contient de petits calculs qui sont évacués. Un flot de bile sort aussitôt après le cathétérisme de l'hépatique.

Un drain de petit calibre n° 15 est mis dans l'hépatique. Le drain est fixé à la partie inférieure du canal hépatique par une soie fine.

Fermeture du péritoine avec un drain sous la région de la vésicule.

Fermeture de la paroi : deux plans profonds à la soie, un plan superficiel au crin.

Durée de l'opération : 1 h. 24. Chloroforme avec l'appareil de Roth-Dræger : 45 centimètres cubes.

Les suites immédiates furent graves à cause d'accidents cardiaques : le pouls est mauvais, atteignant 125 avec de nombreuses intermittences. Les reins fonctionnent mal : 600 grammes, puis 300 le second jour, malgré de nombreuses injections d'huile camphrée et de spartéine. La température fut de 38 degrés le second jour, 37°6 le troisième jour, 37° et 37°5 le quatrième jour. Le pouls oscillant aux environs de 110, mais toujours aussi mal frappé. Le drain n'a pas fonctionné. Le

troisième jour, on l'enlève avec difficulté, car il a été fixé dans la profondeur. La bile s'écoule alors en assez grande quantité. Décédée le soir du cinquième jour.

Autopsie le 3 août 1905, par M. le Dr Legros, chef de laboratoire.

Péritonite suppurée. Épanchement de bile à la face inférieure du foie.

On trouve un calcul engagé dans le cholédoque, à 5 centimètres de l'ouverture cystique. Le cholédoque est très dilaté à sa partie extra-duodénale; il a, à ce niveau, à peu près le volume d'une anse grêle. Il semble normal dans le reste de son trajet.

Le drain, de très petit calibre, a pénétré dans la branche droite du canal hépatique.

Le foie présente des lésions très nettes de cirrhose.

Le cœur offre des lésions de dégénérescence graisseuse.

Poumons congestionnés, surtout à la base.

Quelques fautes ont été commises dans cette troisième opération : L'exploration du canal cholédoque a été incomplète, et sa dilatation extrême n'a pas permis de reconnaître la présence d'un calcul du cholédoque malgré le cathétérisme de ce conduit avec une bougie en gomme n° 12.

De plus, le drainage du canal hépatique, branche droite, a été insuffisant, par suite du petit calibre du drain qui n'a pas bien fonctionné.

Enfin, la protection de la cavité abdominale a probablement été insuffisante, d'autant que la vésicule et ses parois étaient suppurées depuis longtemps et avaient nécessité une ablation très laborieuse vu ses adhérences à la face inférieure du foie, adhérences en partie suppurées.

OBS. IV. — *Calculs du cholédoque et de l'hépatique. Angiocholite. Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique. Guérison.*

Mme Louise C..., femme B..., âgée de cinquante-quatre ans, ménagère, entre le 23 septembre 1905 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, lit n° 11 *bis*, pour un ictère chronique.

La malade est allée consulter dans un service de médecine pour des coliques hépatiques; et le chef de service, M. le Dr Claisse, l'adresse en chirurgie.

N'ayant jamais été malade auparavant, c'est à vingt-cinq ans qu'elle ressent les premières crises de coliques hépatiques. Ces crises se répètent seulement tous les six ou sept ans jusqu'à l'âge de quarante ans.

Depuis ce moment, les coliques ont été beaucoup plus fréquentes, survenant tous les trois mois environ. Ces coliques, d'une grande intensité, apparaissaient le soir, après le dîner, durant toute la nuit et souvent même la journée suivante.

A chaque crise, la malade présentait un ictère très marqué, les selles décolorées, les urines acajou.

Depuis un an, les coliques deviennent presque quotidiennes, l'ictère devient de plus en plus prononcé et persiste d'une façon continuelle. Depuis le même temps, les selles sont décolorées complètement et d'une façon constante. Les urines deviennent rouge brique.

État actuel. — A l'inspection, le teint est complètement ictérique, le visage est jaune noir, presque addisonien, les conjonctives sont subictériques. L'ictère s'étend sur tout le corps.

Le foie est très douloureux à la percussion, ne présentant pas une sensible augmentation de volume, 13 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire. On ne sent pas la vésicule ; mais la pression à ce niveau est particulièrement douloureuse.

Comme signes fonctionnels, on trouve une douleur vive dans toute la région hépatique, avec irradiation au moment des crises, dans la région scapulaire droite.

Les vomissements, presque exclusivement bilieux, ont surtout lieu le matin et dans la journée, jamais la nuit ou le soir.

La fièvre est d'ordinaire peu accentuée, entre 37,8 et 38,5 ; il y a un mois, la température s'est élevée jusqu'à 40 degrés. L'accès fébrile débute le matin vers 6 heures par un léger frisson, et dure jusqu'à 11 heures ou midi pour s'atténuer le soir.

Les selles sont complètement décolorées, couleur mastic.

Les urines sont épaisses, rouge foncé, avec un dépôt semblable à de la brique pilée.

Rien à la rate. Les appareils pulmonaire, circulatoire et urinaire sont normaux.

L'état général de la malade est médiocre : elle a maigri de 10 kilogrammes depuis un an, elle est très affaiblie au point de ne plus pouvoir se livrer au moindre travail. Après les repas elle a des somnolences et des digestions pénibles. A plusieurs reprises, elle a eu des épistaxis peu abondantes ; pas de métrorragies depuis sa ménopause, il y a cinq ans.

Elle ressent de vives démangeaisons sur tout le corps, principalement après les crises.

Comme antécédents personnels : elle n'a jamais été malade ; quatre enfants, une fausse couche de six mois.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Son père mort à quatre-vingt-cinq ans, sa mère à quarante-quatre ans d'une tumeur de l'estomac. Pas d'antécédents héréditaires dans la famille.

L'analyse d'urine faite le 2 octobre, donne :

Quantité	800 cent. cubes.
Réaction	alcaline.
Densité	1006 à 15°.
Urée	5,40 par litre.
Chlorures	1,80 par litre.
Albumine, sucre, bile	néant.
Urobiline	présence.

Opération le 3 octobre 1905 par M. Gosset. Aides : Desjardins, Picot. Chloroforme : Boureau. Incision en baïonnette. Le ventre ouvert, on explore le foie qui est normal de volume et d'aspect. La vésicule est petite et très adhérente. On libère cette vésicule de la face inférieure du foie. Cette libération provoque une certaine hémorragie qui s'arrête par le tamponnement. On arrive ainsi jusqu'au cystique. On garnit avec soin, la malade ayant de la température. On incise la vésicule près de son fond et on prolonge l'incision sur toute la longueur et sur le cystique. La bile s'écoule en assez grande quantité. Avec une bougie en gomme n° 12 on explore le cholédoque qui est libre dans toute son étendue. Se reportant alors vers le bout supérieur, on sent, avec le doigt, à travers la paroi du canal hépatique, un calcul mobile dans le canal; on peut très facilement le faire monter et descendre par la simple pression sur les parois du canal hépatique. On agrandit l'incision du cholédoque pour pouvoir extirper le calcul qui est du volume d'une grosse noisette, régulier, mais rugueux. Avec une bougie en gomme n° 12 on explore tout l'hépatique et on retire deux autres plus petits calculs du volume d'un gros pois. On a alors la certitude que la voie biliaire est devenue libre. On met un drain n° 30, non perforé, en s'assurant qu'il remonte jusqu'à l'origine de l'hépatique. On fait la cholécystectomie et la ligature de l'artère cystique. On dispose deux mèches de gaze de chaque côté du drain. Fermeture de la paroi, deux plans profonds à la soie fine, un plan superficiel au crin. Un crin pour fixer le drain à la peau. Durée de l'opération : trente-deux minutes. Chloroforme, 30 centimètres cubes avec l'appareil de Roth-Dræger.

Suites opératoires : des plus bénignes, la température n'ayant jamais dépassé 37 degrés et oscillant entre 36°5 et 36°9. La bile coule en abondance par le drain. On enlève les mèches au second jour. Au cinquième jour les selles se recolorent. Au huitième, les urines ont une coloration normale. Au neuvième jour, ablation des fils. Au onzième jour, ablation du drain. Au dix-septième jour, la fistule est complètement fermée. La malade se lève le vingt et unième jour. Elle n'a plus la moindre douleur. Son ictère a complètement disparu. L'appétit est bon, les forces reviennent. Elle quitte l'hôpital le 5 novembre 1905 en très bon état.

OBS. V. — *Cholécystite suppurée fistulisée. Cholécystectomie. Ablation du canal cystique. Ouverture du cholédoque. Drainage du cholédoque. Guérison.*

Mme L..., soixante et un ans, sans profession. Aucun antécédent héréditaire. Mère a quatre-vingt-cinq ans.

Antécédents personnels : réglée à dix-neuf ans, régulièrement ; dernières règles à quarante-neuf ans.

Deux enfants.

Il y a douze ans : rhumatisme articulaire.

En janvier dernier (1905) : la malade a la grippe et reste alitée pendant douze jours avec des maux de tête, de la fièvre, mais ne ressent aucune douleur.

Histoire de la maladie actuelle : la malade était complètement remise de sa grippe, lorsque, vers le 8 ou 10 avril dernier, elle remarqua la présence d'une petite tumeur, dure, mobile, indolore, de la grosseur d'une noisette, siégeant au point où la malade présente actuellement une fistule.

En quinze jours cette tumeur acquit les dimensions d'une grosse orange. Au début, la malade ne ressentit ni gêne, ni aucun phénomène général, mais bientôt elle commença à maigrir, à sentir une certaine lassitude, et elle se plaignit de douleurs vagues dans le côté droit.

Le 1er mai, M. le professeur Debove vit la malade à Beaujon, fit une ponction exploratrice dans la tumeur et en retira du pus. La malade fut envoyée à M. Michaux, qui, le 13 mai, pratiqua l'ouverture large de la collection et la draina. Rapidement l'état général s'améliora et les douleurs disparurent.

Le 5 juin, la malade prit la variole et fut envoyée au bastion 29 d'où elle sortit le 15 juillet.

Depuis lors, deux fois par semaine elle retournait à Beaujon se faire panser, car sa fistule suppurait toujours.

Le 20 novembre, la malade entre à la Pitié. On constate, le long du bord externe du muscle droit, dans la région de la vésicule, une fistule par laquelle s'écoule un liquide purulent en grande abondance, du mucus, et, par instants, un peu de bile. Un stylet ne pénètre pas à plus de 3 centimètres.

Le foie est un peu augmenté de volume.

Pas de traces d'ictère. Selles normales.

Urines claires (1.100 centimètres cubes) contenant 26 gr. 50 d'urée et des traces d'albumine.

Pas de pigments bilaires.

La malade affirme n'avoir jamais eu ni coliques hépatiques, ni jaunisse; elle est tout à fait affirmative sur ce point.

Pas de fièvre.

Opération le 8 décembre 1905 par M. Terrier aidé de M. Gosset. Anesthésie : Bouveau.

Incision de Kehr.

La vésicule, perdue dans les adhérences, adhère à la paroi; on la sculpte d'abord par sa face inférieure, puis au niveau du foie et on la libère de la paroi abdominale.

Après avoir sculpté ainsi la vésicule dans une étendue de 5 à 6 centimètres, on tombe sur une zone décollable.

On sectionne le cystique qui est oblitéré presque complètement, on le fend et on pénètre facilement dans le cholédoque à l'aide d'une bougie n° 11.

On fend le cholédoque, et au contact de cette ouverture on place un drain et des mèches. Fermeture de la paroi.

Examen de la pièce : la vésicule a des parois très épaisses, le cystique est presque complètement oblitéré. La vésicule contient deux calculs du volume d'une noisette chacun, à deux facettes, et du pus d'odeur très fétide.

Suites opératoires très simples. Production d'une fistule biliaire qui coule abondamment les premiers jours suivant l'intervention.

La malade est encore en traitement à la Pitié.

Technique. — La technique employée par MM. Terrier et Gosset est la suivante.

Le malade est placé en position légèrement inclinée, un billot sous la région lombaire, de façon à faire saillir autant que possible en avant la région opératoire.

Longue incision en baïonnette partant, sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, descendant verticalement jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A ce niveau elle se dévie à droite, coupant un peu obliquement la moitié interne du muscle droit, puis elle redevient verticalement descendante sur une étendue de quatre à cinq travers de doigt.

Exploration des voies biliaires accessoires. On incise la vésicule, tantôt directement, tantôt après ponction et aspiration, lorsqu'il y a distension par hydropisie ou rétention dans cette vésicule. Les lèvres repérées à l'aide de pinces de Kocher, on agrandit l'incision primitive, aux dépens de la face inférieure de la vésicule et on arrive ainsi peu à peu jusqu'au niveau du cystique qu'on incise également dans toute son étendue. C'est le seul temps difficile de l'opération ; en effet, on n'avance que lentement à cause des adhérences presque constantes, adhérences qu'on est obligé de libérer, surtout du côté de la face inférieure du foie, à mesure qu'on avance vers le cystique. On résèque alors la vésicule et le cystique dans sa totalité, *au ras du cholédoque*, après ligature de l'artère cystique.

Arrivé au niveau du cholédoque, on explore avec soin ce cholédoque (bout inférieur) puis l'hépatique (bout supérieur), avec deux bougies différentes en gomme. Lorsqu'on s'est assuré que les voies biliaires principales sont libres, ou sont rendues libres par l'extraction de calculs, on place dans l'orifice fait au cholédoque, au point d'abouchement du cystique, un drain dont le calibre dépend de celui du canal hépatique (variant du n° 25 au n° 35). Ce drain ne doit pas être percé d'yeux latéraux. On a soin de s'assurer avec le doigt que le drain remonte bien jusqu'à la bifurcation de l'hépatique, contre laquelle on le sent buter.

Dans un cas, le drain fut fixé au cholédoque. Dans les autres cas, le drain n'a pas été fixé dans la profondeur.

On peut alors utiliser l'épiploon pour faire un canal de protection et d'isolement, autour du drain, entre le cholédoque et la paroi abdominale, simple épiplooplastie ; ou bien, suivant la méthode allemande, placer deux mèches de gaze de chaque côté

du drain. Il ne reste plus alors qu'à fermer la paroi comme d'habitude, en ayant soin, dans le cas où le drain n'a pas été fixé profondément — ce qui paraît préférable — de le fixer à la peau avec un crin.

Les suites opératoires sont d'une bénignité remarquable, et, on peut le dire, aussi simples que celles de la cholécystostomie. La bile s'écoule d'ordinaire immédiatement en grande abondance, et non pas au bout de plusieurs jours comme cela se voit parfois après le drainage indirect. Les urines reprennent leur couleur normale dès le troisième ou le quatrième jour, les selles restent décolorées quatre à cinq jours et se recolorent progressivement à partir de ce moment. Le drain peut être enlevé au bout d'un temps variable entre le dixième et le vingtième jour après l'opération, selon les indications dictées par l'état du foie, la gravité de l'infection, la coloration des matières. Le drain enlevé, la bile coule encore cinq à six jours puis, peu à peu, la fistule se referme et la guérison se fait normalement en vingt à vingt-cinq jours.

Parfois, lorsque l'infection est telle que la bile n'est pour ainsi dire plus fluide, mais presque solide, véritable boue biliaire, le drain peut se boucher, il suffit alors de faire un lavage par le drain, sous une très faible pression, pour voir disparaître presque immédiatement les douleurs causées par cette rétention. On peut également faire l'aspiration comme au fond des drains ordinaires ou mieux encore l'aspiration continue.

La rapidité avec laquelle se referme complètement la plaie, après l'ablation du drain, est particulièrement remarquable ; cette absence de fistule tient, croyons-nous, à ce que le cystique est coupé au ras du cholédoque et ne devient pas ainsi le point de départ, l'amorce d'une fistule comme lorsqu'on laisse une plus ou moins grande étendue de ce cystique.

Avantage du drainage direct. — Le drainage direct a sur le drainage indirect plusieurs avantages incontestables.

Le premier — avantage capital — est la sûreté du drainage. Nombre d'opérateurs, et non des moindres, ont pratiqué des cholécystostomies blanches, c'est-à-dire dans lesquelles la bile n'a pas coulé par le drain vésiculaire. On conçoit en effet que dans les cas de cystique imperméable ou dans ceux, rares il est vrai, de vésicule cloisonnée, la bile ne puisse s'écouler par un drain placé dans le fond de cette vésicule. Plus le drain sera placé près de l'origine des voies biliaires, plus il aura de chances de bien drainer, et d'éviter ces obstacles à l'écoulement de la bile, dus à l'altération des parois biliaires.

Un autre avantage, qui dans certains cas est très appréciable,

est la rapidité avec laquelle on pare à la rétention biliaire intra-hépatique, évitant ainsi les accidents si graves dus aux troubles circulatoires ou sécrétoires du foie. En effet, avec le drainage direct, la bile s'écoule immédiatement et non plus au bout d'un laps de temps variant de deux à quatre jours comme parfois dans la cholécystostomie. On rétablit extemporanément les conditions physiologiques de la pression intra-hépatique.

Cette rapidité avec laquelle on pare aux accidents de la rétention biliaire intra-hépatique est si frappante qu'on se demande si le drainage biliaire direct n'est pas l'opération de choix dans les rétentions aiguës avec accidents graves. Et cette idée va à l'encontre de l'opinion admise classiquement d'après laquelle on doit faire le minimum dans les cas graves, c'est-à-dire faire une simple cholécystostomie. A coup sûr la cholécystostomie est un peu plus rapide d'exécution, mais le drainage direct est plus rapide d'action ; or il ne suffit pas d'envisager seulement l'acte opératoire, mais aussi les résultats qu'il procure.

Un troisième avantage du drainage direct est la courte durée du traitement. Alors qu'avec le drainage indirect on doit maintenir une fistule pendant nn temps très long, atteignant souvent plusieurs mois, avec le drainage direct on obtient une désinfection incomparablement plus rapide, puisqu'il suffit, dans la moyenne des cas, de laisser le drain de dix à vingt jours, et que la cicatrisation complète est d'ordinaire obtenue en vingt à vingt-cinq jours.

La guérison est d'ailleurs obtenue plus rapidement lorsqu'on pratique en même temps la cholécystectomie que lorsqu'on laisse la vésicule, dont les parois infectées exigent, elles aussi, un certain temps pour se désinfecter. Cette remarque qui est faite par le drainage de l'hépatique avec ou sans cholécystectomie, démontre *à fortiori* la supériorité, à cet égard, du drainage direct sur le drainage indirect dans lequel on laisse la vésicule entière ou presque entière.

Enfin, l'avantage qui est peut-être le plus important est la facilité plus grande avec laquelle on peut explorer les différents segments de l'arbre biliaire. Cet ancien procédé, qui consistait à inciser une vésicule, à introduire le doigt dans sa cavité, et à bout de doigt, aveuglément, à chercher s'il y avait d'autres calculs dans le cystique ou dans le cholédoque, est un procédé qui doit avoir vécu. Etait-ce un calcul, ou bien un ganglion, ou bien une adhérence ou bien rien du tout ? L'erreur a été commise par Terrier (obs. III), par Quénu (1) (obs. I) et par bien d'autres.

(1) Quénu et Duval, *Revue de Chirurgie*, octobre 1905, page 426.

On conçoit facilement, en effet, qu'avec le drainage direct on est déjà assuré de ne rien laisser ni dans la vésicule ni dans le cystique. Restent l'hépatique et le cholédoque. Pour l'hépatique la vérification est simple puisqu'en introduisant le drain on buterait contre le calcul et qu'en outre avec le doigt on s'assure très facilement qu'il n'y a aucun obstacle entre la paroi du canal et le drain. Pour le cholédoque, la vérification est moins simple. On a vu (obs. III) que le simple cathétérisme explorateur pouvait laisser inaperçu un calcul du cholédoque, il importe donc de compléter cette exploration interne par une exploration externe, la sonde étant dans la lumière du canal il faut avec le doigt explorer la paroi du canal dans toute sa hauteur. Cela est particulièrement difficile pour le segment inférieur ou pancréatique du cholédoque. Mais, si le calcul est assez petit pour échapper à ce palper en quelque sorte bi-manuel, il pourra être refoulé avec la sonde.

En résumé, sûreté de drainage, rapidité d'action, courte durée du traitement, exploration complète des voies biliaires, tels sont les avantages réalisés par le drainage des voies biliaires principales qui constitue le plus réel progrès accompli depuis quinze ans dans la chirurgie biliaire ; c'est un pas en avant dans cette chirurgie, et à mesure que cette pratique s'étendra davantage on se persuadera de plus en plus, comme nous le disions en débutant, que la chirurgie biliaire doit être de moins en moins *vésiculaire* pour devenir de plus en plus *canaliculaire.*

M. Hartmann. — Je ne crois pas que l'opération pratiquée par M. Brin soit appelée à un grand avenir. Elle n'a été, à juste titre croyons-nous, que rarement exécutée. M. Quénu en a réuni neuf observations, on peut y ajouter trois autres cas, celui de Swain, dont parle Mayo Robson et qui est publié dans la *Lancet* (1895, t. I, p. 743), celui de Czerny cité par Moinyhan et relaté sans grands détails opératoires dans un travail de Brenner (*Arch. f. path. Anat.*, 1899, t. CLVIII p. 254), enfin un cas personnel. Encore devons-nous dire que ce dernier n'est pas certain; c'est du reste le cas de plusieurs des observations publiées où l'opérateur a anastomosé une cavité biliaire dilatée sans souvent savoir au juste ce qu'il anastomosait; l'opération, point de départ de cette discussion, en est un exemple. Dans notre observation, il s'agissait d'un enfant de trois ans et demi que nous avons opéré en janvier 1899 dans le service de notre regretté ami Brun. L'opération consista dans l'anastomose d'un conduit biliaire, extrêmement dilaté avec le duodénum. Nous n'avons pas recherché la vésicule et ne pouvons par conséquent rien affirmer sur la nature exacte de la cavité anastomosée. Il nous semble probable cependant,

étant donné ce que nous savons des dilatations congénitales des voies biliaires, que nous avons eu affaire à une de ces dilatations énormes du cholédoque dont notre collègue Broca vous a présenté autrefois un bel exemple que nous avons eu l'occasion d'examiner.

Quoi qu'il en soit, et même en admettant que dans les observations de Swain, de Czerny et dans la nôtre, il se soit bien agi de cholédocho-entérostomies, nous n'arrivons qu'à un total de douze cas. C'est qu'en effet la cholédocho-entérostomie ne comporte guère d'indications, en dehors de cas exceptionnels, vésicule petite avec oblitération incurable du cholédoque, deux conditions que l'on ne voit guère réunies, ou impossibilité de séparer ces voies biliaires des organes environnants, ce qui semble être le cas du malade de M. Brin.

Peut-être M. Brin serait-il arrivé à faire l'exploration des voies biliaires et à trouver un calcul s'il avait opéré méthodiquement. Au lieu de chercher la vésicule biliaire, il s'est mis d'emblée à la recherche du cholédoque « au-dessus de la première portion du duodénum ; pour cela, traversant l'hiatus de Winslow oblitéré, il effondra le petit épiploon, espérant y pénétrer de dedans en dehors, mais ce fut en vain, etc ». Il est évident, lorsqu'on lit cette description, que l'opérateur ne savait pas trop ce qu'il faisait.

L'oblitération du cholédoque, les cas très rares de rétrécissement simple ou néoplasique du conduit mis à part, reconnaît deux grandes causes : l'obstruction calculeuse, la compression du canal par une lésion extérieure, de siège pancréatique le plus souvent.

Dans le premier cas, l'ablation du calcul constitue évidemment le traitement de choix, dans le deuxième, la vésicule est distendue et il semble plus simple de recourir à la cholécystentérostomie.

Contrairement à l'opinion émise par M. Quénu, je crois qu'*il est le plus souvent possible de faire le diagnostic avant l'ouverture du ventre.* Si je me rapporte à ce que j'ai vu, je pense qu'on peut diagnostiquer un calcul lorsqu'il existe des crises douloureuses répétées, des accès fébriles et des variations dans le degré de l'obstruction, surtout lorsqu'il s'agit d'un malade ayant des antécédents de gastralgie, de coliques vésiculaires. On peut penser à une obstruction pancréatique lorsque, sans fièvre ou après une seule colique, il s'établit un ictère fixe, permanent sans aucune rémission.

J'attache moins d'importance à l'amaigrissement et à la distension de la vésicule. L'amaigrissement peut être considérable dans un calcul du cholédoque. Une malade que nous avons opérée il y

a un mois et qui est guérie, avait perdu 36 kilogrammes. Quant à la distension de la vésicule, elle est constante dans la rétention de cause pancréatique; mais elle peut, rarement il est vrai, s'observer dans l'obstruction calculeuse; nous en avons vu cependant deux cas depuis un an. Elle est surtout difficile à constater, la vésicule dilatée étant masquée par le bord du foie qui descend au-devant d'elle et empêche de la percevoir.

Je ne parle pas des réactions urinaires décrites par Cammidge et auxquelles mon ami Mayo Robson attache une grande importance, le nombre des faits que j'ai examinés à ce point de vue n'est pas suffisant pour me permettre d'avoir actuellement une opinion.

Dans tous les cas, quel que soit le diagnostic porté, *il est bon* de le confirmer au cours de l'opération et *de faire une exploration complète de l'appareil biliaire.* M. Quénu y a insisté; il nous a même beaucoup parlé de la duodénotomie exploratrice. Personnellement je n'y ai jamais eu recours, trouvant qu'il est possible d'explorer les voies biliaires dans toute leur étendue sans y recourir.

Il suffit pour cela de se donner du jour. On y arrive très simplement en faisant, sur le malade couché en hyperextension du tronc, une longue incision onduleuse rappelant un peu la baïonnette et répondant par sa partie oblique au bord tangible du foie. Le ventre ouvert ainsi largement, on cherche la vésicule. Elle est généralement facile à reconnaître. Si on ne la voit pas, il faut rechercher l'encoche hépatique qui lui correspond, puis, partant de ce point, décoller et abaisser le côlon transverse, on arrive toujours à la découvrir, quelquefois réduite à un cordon fibreux, plus ou moins inclus dans le tissu du foie. Cette vésicule est le fil d'Ariane, qui, dans les cas difficiles, nous conduira au cholédoque. On la suit, décollant les parties sous-jacentes et les abaissant, jusqu'au cystique, qui tout naturellement conduit au cholédoque.

Lorsque le foie est très hypertrophié, descend jusque dans la fosse iliaque comme cela arrive dans certaines cirrhoses biliaires, cette exploration peut être rendue malaisée si l'on ne recourt pas à certaines manœuvres. L'hyperextension considérable du tronc, réalisée soit avec une table spéciale, telle que la table de Cunéo, soit avec un billot, fait déjà bâiller l'espace intermédiaire au foie et au côlon transverse qui s'ouvre angulairement en avant comme les feuillets d'un livre.

Si c'est insuffisant, rien n'empêche, comme nous l'avons fait plusieurs fois, de sortir une partie du foie par l'incision large pratiquée, de le basculer, face convexe contre la paroi thoracique,

et d'amener ainsi sa face inférieure avec le hile y appendu, directement sous les yeux.

De toutes façons il est utile de bien voir la continuité entre le cystique et le cholédoque, car celui-ci contraste quelquefois par son volume avec la vésicule et le cystique, fibreux et rétractés. Si l'on ne constatait pas nettement la continuité avec le cystique on pourrait quelquefois croire à un duodénum tant il est distendu. Lorsqu'on l'a bien reconnu, il est facile de le suivre, après ou sans incision du péritoine postérieur suivant les cas, en réclinant en bas et à gauche l'angle duodénal, le voyant dans presque toute son étendue et le palpant jusque dans sa portion pancréatique. Il faut ensuite l'ouvrir et explorer sa cavité; pour cela, saisissant le cholédoque avec deux pinces de Kocher, je l'incise longitudinalement entre ces deux pinces et j'explore son intérieur, souvent avec le doigt, tant il est dilaté, quelquefois avec un explorateur urétral. Il faut alors introduire celui-ci avec précaution et le faire cheminer doucement, recueillant au passage toutes les sensations qu'il peut donner et allant ainsi jusque dans le duodénum, procédant en un mot exactement comme pour l'urètre masculin. En observant les mêmes règles que pour l'exploration de ce dernier on notera les frottements rugueux, les arrêts que peut donner le talon de la boule au retour et l'on ne s'exposera pas à méconnaître un calcul comme on pourrait le faire en insinuant rapidement une bougie dans l'intestin.

On terminera par une exploration du bout supérieur et du canal hépatique avec un nouvel explorateur, le premier ayant été contaminé par son introduction dans l'intestin. Cette exploration me semble utile parce que l'on est exposé à laisser dans le canal hépatique des calculs qui peuvent être secondairement une cause d'ennuis.

Je crois que les chirurgiens qui suivront ces règles ne pratiqueront guère la cholédocho-entérostomie. Ils pratiqueront l'opération rationnelle, l'ablation du calcul. La cholédocho-entérostomie peut du reste être, croyons-nous, insuffisante. Elle fait cesser l'ictère mais peut laisser le malade exposé à des crises douloureuses, peut-être même à de la fièvre. Ce qui me fait croire à l'insuffisance possible de cette opération, c'est que j'ai eu l'occasion d'observer deux malades qui, malgré l'établissement de fistules biliaires cutanées, laissant écouler au dehors la totalité de la bile, avaient de temps en temps de petites crises de coliques. Celles-ci étaient une cause réelle d'ennuis. Une deuxième intervention sur le cholédoque, enlevant des calculs, amena, dans les deux cas, en même temps que la suppression de la fistule, la disparition des crises de coliques. Il nous semble

plausible d'admettre qu'après une cholédocho-entérostomie ces deux malades, tout en n'ayant pas eu de fistules biliaires externes auraient été exposées à souffrir des mêmes crises de coliques.

Peut-être que l'opéré de M. Brin aura un jour de nouveau des coliques; ce jour-là M. Brin regrettera de n'avoir pas fait l'exploration complète de l'appareil biliaire; il y recourra alors, et, comme un habile opérateur qu'il est, il obtiendra certainement un succès.

En terminant, je signalerai un petit point de technique postopératoire : Une fois le calcul enlevé, comme le plus souvent il y a infection des voies biliaires, il est bon de ne pas suturer le cholédoque, mais de faire le drainage temporaire des voies biliaires supérieures en introduisant un tube de caoutchouc dans le bout supérieur du canal ouvert. Contrairement à un certain nombre de chirurgiens, nous ne fixons ce tube ni par un catgut, ni par un fil de soie aux bords de l'incision du cholédoque. Nous nous contentons de l'engager quelques centimètres vers le foie et de le fixer par un crin aux lèvres de l'incision cutanée. Cela suffit pour le maintenir en place, le tube sortant à travers le pansement et relié par un ajutage à un deuxième tube qui descend dans un bocal à côté du lit, assure le siphonage des voies biliaires et maintient le pansement sec pendant un temps suffisant pour assurer la cicatrisation du reste de la plaie.

Communication.

Myxochondrome branchial de la région submaxillaire droite,

par M. LE DENTU.

Le groupe des tumeurs d'origine branchiale du cou se constitue peu à peu. Elles se séparent de plus en plus des tumeurs des ganglions avec lesquelles on les avait confondues. Celles de la région submaxillaire offrent un intérêt particulier, à cause du voisinage de la glande submaxillaire avec laquelle elles ont quelquefois d'étroites connexions, et plus encore à cause de leur rareté. Elles se présentent dans cette région sous des formes diverses. Tantôt c'est un épithélioma réalisant le type de l'épithélioma branchiogène (j'en ai observé plusieurs cas), tantôt c'est une tumeur mixte rappelant les productions du même genre qui occupent le plus ordinairement la glande parotide et le voile du palais.

Il y a deux ans, M. Reclus nous exposait l'histoire de trois malades portant des branchiomes du cou. Deux de ces tumeurs étaient des épithéliomas; la troisième, siégeant dans la région submaxillaire gauche, était constituée par *du tissu fibreux, du tissu muqueux, des éléments épithélioïdes, du tissus sarcomateux* (séance du 22 juillet 1903).

Quoique adhérente à la partie antérieure de la glande submaxillaire, elle ne paraissait pas en dépendre. Elle en était origiginairement indépendante.

Le cas que je vais vous soumettre démontre que l'indépendance de ces tumeurs à l'égard de la glande peut être absolue.

J'ai opéré le 9 novembre 1904 une dame âgée de cinquante-neuf ans qui portait dans la région submaxillaire droite une tumeur ovoïde, ayant les dimensions d'une noix sèche, formant sous le corps de la mâchoire un relief très marqué. Elle était assez mobile sur les plans profonds, mais on sentait bien en la déplaçant qu'elle les attirait. Tout alentour les tissus étaient absolument intacts; pas d'induration, pas de tension, pas le moindre ganglion perceptible; de la souplesse et de la mobilité partout.

Cette tumeur avait commencé à apparaître deux ans auparavant; elle s'était développée régulièrement sans avoir jamais causé ni douleur, ni gêne. Que pouvait-elle bien être? Un ganglion hypertrophié peut-être, sans doute ce ganglion paramaxillaire qui se cache souvent sous le corps de la mâchoire; mais de quelle altération était-il le siège? Une tumeur unique développée chez une personne d'une très robuste constitution, n'ayant jamais eu comme troubles de santé que de légères et passagères manifestations rhumatismales, ne pouvait guère être de nature tuberculeuse. J'écartai donc le diagnostic « tuberculose ganglionnaire ». Était-ce de l'adénite chronique d'origine dentaire? L'état de la bouche ne permettait pas de s'arrêter sans hésitation à cette pensée. D'autre part, le développement lent, la délimitation très nette de cette production, sa forme ovoïde très régulière, m'empêchaient d'admettre qu'elle fût de nature maligne.

Si *a priori* elle me paraissait siéger dans un ganglion, je pensai avoir affaire à quelque *néoplasme bénin* qu'il m'était impossible de caractériser d'une façon précise.

L'opération fut simple. La tumeur n'adhérait nullement à la glande submaxillaire. Elle était séparée de toutes les parties voisines par une paroi fibreuse d'un blanc mat. Elle reposait par sa portion profonde sur le muscle mylo-hyoïdien. En grossissant elle avait repoussé la glande submaxillaire en arrière sans se confondre aucunement avec elle. Elle s'était insinuée entre cette

glande et le ventre antérieur du digastrique. J'enlevai avec la tumeur la couche la plus superficielle du muscle, d'ailleurs absolument intacte. Les suites de l'intervention furent des plus simples ; aujourd'hui, plus d'un an après, l'état de l'opérée est excellent.

L'examen microscopique a montré que la tumeur, délimitée par une membrane fibreuse sans mélange d'aucun autre élément, ne pouvait pas s'être développée aux dépens d'un ganglion lympha-

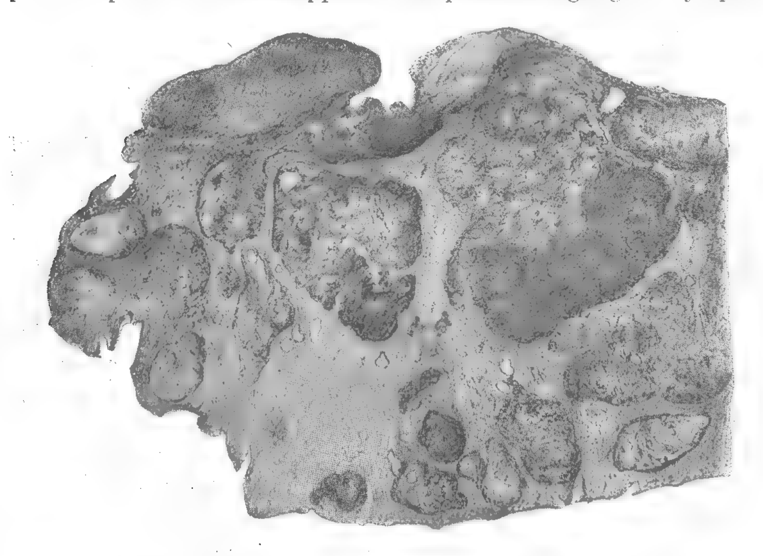


Fig. 1. — Coupe examinée à un faible grossissement.

Le tissu néoplasique est formé de tissu muqueux, très fortement teinté par suite de sa métachromasie, et de tissu cartilagineux qui se détache en clair.

tique. La structure était la même dans tous les points. Le tissu gris rosé dont elle était formée offrait partout la même apparence ; il n'était nulle part ramolli ou creusé de lacunes.

Je reproduis textuellement la note que m'a remise mon chef de laboratoire, M. Auguste Pettit. Les figures ci-jointes aideront à préciser les caractères histologiques et génésiques de cette tumeur.

« Les coupes se montrent formées — même à l'examen macroscopique — de deux substances différentes par leurs propriétés histochimiques et par leurs caractères optiques.

« La première substance a un aspect réticulé ; elle est fortemen basophile, et se colore métachromatiquement en violacé par la thionine ; elle renferme un petit nombre de cellules irrégulière-

ment ramifiées, anastomosées les unes avec les autres; elle reproduit donc les traits essentiels de structure du tissu muqueux.

« La seconde diffère nettement de la précédente par sa réfringence et son hyanilité, ainsi que par ses réactions histochimiques. Elle comprend une substance fondamentale ayant les caractères du chondromucoïde et des cellules de forme variable, souvent

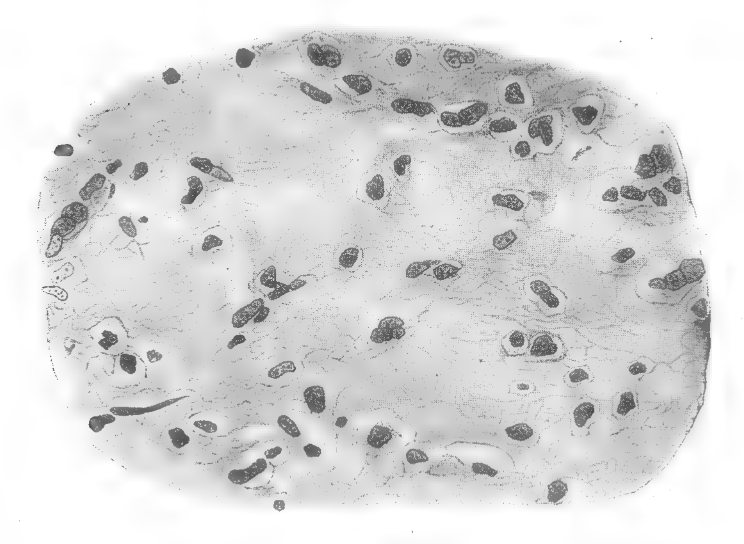


FIG. 2. — Coupe examinée à un grossissement moyen.

Le tissu cartilagineux est formé d'une masse fondamentale de chondromucoïde finement fibrillaire, parsemée de cellules irrégulières, à cytoplasma souvent fusionné.

confluentes entre elles; l'aspect est par conséquent celui du cartilage néoplasique à cellules ramifiées; toutefois je signalerai l'aspect fibrillaire en certains points de la masse cartilagineuse.

« Enfin il est à remarquer que les deux formations sus-indiquées sont reliées entre elles par des transitions insensibles et qu'elles semblent représenter ainsi les stades successifs d'une même évolution tissulaire. »

En résumé, cette tumeur appartient à la catégorie des *myxochondromes à cellules ramifiées.*

Je n'ai qu'un mot à ajouter. Il s'agit certainement d'une tumeur mixte d'origine branchiale. Cette déduction est absolument imposée par les caractères cliniques aussi bien qu'anatomopathologiques que je viens de vous faire connaître.

M. J.-L. FAURE. — Le cas de mon maître M. Le Dentu m'engage à vous communiquer une observation du même genre. Il s'agissait aussi d'une tumeur de la région sous-maxillaire. C'était une tumeur énorme, plus grosse qu'une tête de fœtus, bosselée et mobile sur les flancs profonds. Je pensais à une tumeur mixte de la glande sous-maxillaire. Mais je n'avais d'autre diagnostic précis que celui de tumeur à enlever.

L'opération fut extrêmement simple. L'examen histologique fut fait par Veau qui préparait à cette époque sa thèse sur les épithéliomas d'origine branchiale, et qui a cité cette observation dans son travail. Elle présentait ceci de particulier qu'elle était la seule sans récidive au moment de la publication de la thèse de Veau. Il en est encore de même aujourd'hui. J'ai revu ce malade quatre ans plus tard, et comme il s'agit d'un malade de la ville, il est certain que s'il avait eu une récidive, j'en aurais des nouvelles. Il n'en est malheureusement pas souvent ainsi, et j'ai opéré plusieurs fois des épithéliomas branchiaux de la partie latérale du cou, qui ont malheureusement tous récidivé.

M. PIERRE DELBET. — Aux faits qui viennent d'être cités, je puis ajouter un cas de branchiome malin que j'ai opéré cette année chez une malade âgée de quarante-quatre ans.

Ce que cette tumeur a d'intéressant, c'est qu'après avoir présenté des caractères de bénignité parfaite pendant des années, elle a pris brusquement des allures malignes. Il semble qu'elle ait subi une transformation comme font certains goitres.

Elle avait en effet débuté vers l'âge de quatorze ans, puis, après avoir atteint le volume d'un œuf de pigeon, elle est restée complètement stationnaire pendant une trentaine d'années. C'est vers quarante-trois ans, au moment de la ménopause, qu'elle se mit à grossir assez rapidement.

Lorsque je vis la malade, la tumeur avait le volume d'un petit poing. Le diagnostic n'offrait point de difficultés, car on percevait cette sorte de crépitation duveteuse qui a été signalée.

Le récit de l'opération montrera quel était le siège et les connexions de la tumeur. Elle était adhérente partout, sans plan de clivage, de sorte que la dissection a été laborieuse.

Voici les notes que j'ai prises immédiatement après l'opération : En arrière, la tumeur passe sous le sterno-mastoïdien, en avant sous le cléido-hyoïdien. En haut, elle adhère aux lobules inférieurs de la parotide.

En avant, la dissection du tronc thyro-linguo-facial est difficile. Une veine qui sort de la tumeur se jette dans la partie inférieure de ce tronc. Elle est pincée et liée, mais la tumeur se déchire à

côté d'elle, il en sort un sang violacé et elle s'affaisse de moitié.

En continuant la dissection à la partie interne et supérieure, j'aperçois un nerf que je prends d'abord pour la branche descendante de l'hypoglosse. La dissection de ce nerf est difficile. Je me félicite de l'avoir poursuivie avec soin, car je constate bientôt que ce nerf est le laryngé supérieur. Il faut le récliner en dedans pour aller chercher la partie profonde de la tumeur qui, en passant sous lui, va jusqu'à la paroi du pharynx. J'arrive ainsi à la face postérieure de la tumeur. J'en poursuis la dissection avec une attention extrême. Il semble ne plus rester qu'un pédicule lamellaire. Cependant ce pédicule m'inquiète. En le disséquant, je constate qu'il contient la jugulaire interne. Du haut en bas, la tumeur est étroitement adhérente à ce vaisseau. Je le libère dans toute son étendue et la tumeur est enfin libre.

A aucun moment, je n'ai coupé d'artère de quelque importance. La tumeur, partout ahérente, n'avait pas de pédicule vasculaire à proprement parler.

Enlevée, elle donnait encore bien plus nettement la sensation de crépitation duveteuse. Sur la coupe, elle apparaissait toute parsemée de petites perles qui expliquent cette sensation.

Les coupes microscopiques ont été faites par mon interne Magitot. Elles montrent qu'il s'agit d'un épithélium cylindrique très malin à type carcinomateux.

L'opération a été faite le 28 juillet 1904. Les suites ont été très simples. La réunion s'est faite complètement par première intention.

Depuis, je n'ai pas eu de nouvelles de la malade qui n'habite pas la France. La récidive me paraît fort à craindre.

Présentation de malade.

Atrophie osseuse du pied d'origine névritique.

M. Moty. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter a fait le sujet principal de ma communication sur l'atrophie osseuse des extrémités symptomatiques des névrites traumatiques descendantes au Congrès français de chirurgie de 1892.

Il avait été atteint en 1888 de fracture compliquée des deux os de la jambe droite au tiers moyen; les photographies et mesures

à l'appui de mon mémoire remontaient au début de l'année 1892; elles avaient donc été prises quatre ans après la blessure, le blessé ayant été soumis aux traitements usuels prolongés, y compris l'usage des eaux.

L'aspect du pied droit, quatorze ans après son moulage, reste ce qu'il était alors, bien que les autres phénomènes de névrite aient depuis longtemps à peu près disparu. Voici ces mesures comparatives à quatorze ans d'intervalle.

	COTÉ MALADE		COTÉ SAIN	
	1892	1905	1892	1905
	—	—	—	—
Milieu du talon à extrémité du gros orteil	0,26	0,26	0,28	0,29
Du même point au pli plantaire du gros orteil	0,213	0,213	0,22	0,235
Du même point au pli plantaire du petit orteil.	0,197	0,205	0,21	0,215
Périmètre de la jambe.	0,240	0,3175	0,36	0,37

Voici quelques autres données comparatives : L'atrophie de la jambe qui était de 12 centimètres n'est plus que de 5 cent. 25; les températures des deux pieds sont égales, bien que le malade soit plus sensible au froid du côté droit; la sensibilité tactile est semblable aux deux pieds, le champ visuel normal; il n'y a plus de douleurs sauf au gros orteil au moment des changements de temps et la marche est facile et sûre.

Cette observation montre que l'atrophie osseuse du pied d'origine névritique reste définitive, sur les adultes au moins, même dans les cas où la névrite a depuis longtemps guéri. J'ai constaté plusieurs fois ce même fait mais jamais après une aussi longue période. Par contre cette atrophie se produit rapidement car on la trouve déjà très avancée cinq mois après le traumatisme et elle ne résulte pas de l'inaction du membre car elle fait défaut sur les sujets atteints de fractures graves sans lésions nerveuses ayant nécessité cependant une longue immobilité.

Présentation de pièces.

Mort subite par embolie au début de la chloroformisation.

M. le Dr Guinard. — Je viens d'observer un fait qui me paraît de nature à expliquer un certain nombre de morts subites survenant au début de l'anesthésie, sans incriminer l'agent anesthésique ou celui qui l'administre. Le 16 décembre dernier, je me disposais à ouvrir un abcès de la fosse iliaque gauche chez une malade que j'avais déjà endormie deux fois depuis deux mois pour une suppuration pelvienne. Suivant ma technique habituelle, une compresse imbibée de kélène commence l'anesthésie qui, comme à l'ordinaire, est très rapidement obtenue : la compresse est alors remplacée par l'appareil de Ricard, et après quelques inhalations de chloroforme les pupilles se dilatent brusquement, la respiration et le cœur s'arrêtent, et la malade ne peut être ramenée à la vie, malgré plus d'une heure de manœuvres (respiration artificielle, et même trachéotomie et insufflation directe).

Je quittai l'hôpital bien convaincu que c'était là une mort « par le chloroforme » ; et je pensais à cette fameuse « syncope du début de l'anesthésie », que je croyais bannie de ma pratique depuis l'usage du kélène.

J'ajouterai que l'appareil de Ricard dont je suis très satisfait, baissait du même coup dans mon esprit de quelques coudées.

L'autopsie fut faite avec le plus grand soin en ma présence, par mon interne dévoué, M. Picquet. Comme on le verra en lisant plus loin l'observation détaillée, la mort subite était due à une volumineuse embolie partie d'une veine iliaque et enchevêtrée dans les cordages de la valvule tricuspide. Je présente ici, tendues sur un liège, des pièces qui ne laissent aucun doute à cet égard. On voit les veines hypogastriques enserrées dans une gangue inflammatoire : l'une (la gauche) n'a plus son caillot dont la migration dans le ventricule droit a occasionné la mort subite ; l'autre (la droite) contient un caillot en tout semblable à celui que nous avons trouvé dans le cœur et que j'ai épinglé sur ce liège.

Ainsi, le kélène, le chloroforme, l'anesthésiste, l'appareil de Ricard, ne sont pour rien dans cette mort. Et cependant, si pour une raison quelconque, nous n'avions pas fait cette autopsie, tout nous portait à incriminer un innocent. Je suis convaincu que ce fait n'est pas isolé. Il peut y avoir des coagulations sanguines dans les veines profondes sans qu'on s'en doute, et ces caillots peuvent être mobilisés dans les mouvements qu'on fait subir au

malade pour le transporter à la salle d'opération; ils peuvent aussi se détacher brusquement après cette mobilisation préalable, au moment où pour aseptiser la peau, on savonne à la brosse le champ opératoire, ou bien encore pendant la période d'excitation inévitable au début de toute anesthésie.

Je ne dis pas, bien entendu, que toutes les morts survenant au début de l'anesthésie sont dues à une embolie cardiaque : mais je suis bien convaincu que dans quelques cas notés comme « accident chloroformique », les choses se sont passé comme chez ma malade : et pour faire un diagnostic pathogénique exact, il faut d'abord que l'autopsie soit faite (et dans bien des observations, elle manque); et il faut en outre, si l'autopsie est pratiquée, qu'on recherche avec soin l'état des veines voisines du mal, et qu'on ne prenne pas pour un caillot agonique du cœur les coagulations du genre de celle que je présente ici.

En me rappelant les morts que j'ai vu survenir dans des circonstances analogues, je me demande si quelques-unes ne peuvent pas avoir eu la même cause. Quand on a un « accident d'anesthésie » pendant la réduction d'une fracture, ne peut-il pas y avoir de même des embolies parties des veines avoisinant le foyer de la fracture?

Je me rappelle une leçon clinique à la Pitié sur un malade à qui Verneuil allait faire des incisions pour la cure d'un ulcère de jambe. La leçon finie, Verneuil s'impatiente parce qu'on tardait à lui amener le malade. Je vais moi-même à sa recherche et nous le trouvons mort dans les cabinets, où il était entré en montant à l'amphithéâtre. Pas d'autopsie : donc pas de certitude possible sur la cause de cette mort subite. Mais je ne crois pas m'avancer trop en rapprochant ce fait de mon observation : ce malade aurait aussi bien pu succomber sur la table d'opération, aux premières bouffées de chloroforme, et l'on n'eût pas manqué d'accuser cette fameuse « syncope du début ».

Je crois donc intéressant d'attirer l'attention sur ces faits, et c'est pourquoi je donne ici dans tous ses détails l'observation de ma malade, telle qu'elle a été rédigée par mes excellents internes, MM. Picquet et Claeys.

Catherine W..., trente-deux ans, entre à l'hôpital le 23 novembre 1905. Depuis plusieurs années, elle a des pertes blanches et elle souffre du bas-ventre, mais depuis quelques jours la douleur abdominale est très vive, accompagnée de vomissements et de frissons. Nous trouvons le ventre ballonné, dur, très douloureux dans la région de l'hypogastre. Le toucher vaginal n'apprend rien, tant la douleur est vive. — La tem-

pérature atteint 40 degrés; le pouls est très fréquent. Il s'agit vraisemblablement de pelvi-péritonite d'origine génitale.

Les jours suivants la température s'abaisse, les symptômes s'amendent sous l'influence de la glace.

Le 2 novembre on constate au toucher vaginal dans le cul-de-sac postérieur une tuméfaction haut située. On l'incise sous chloroforme par le cul-de-sac postérieur et il s'écoule une grande quantité de pus. Drain en T. — La température s'abaisse, mais elle s'élève à nouveau au bout de quelques jours.

Le 18 novembre on agrandit l'incision vaginale; le pus s'écoule en abondance; la température tombe pour remonter encore rapidement.

Depuis les premiers jours de décembre la fièvre est continue : le thermomètre indique 39°5, 40 degrés le soir, 38 degrés le matin; l'état général s'aggrave, la malade s'amaigrit.

Le 16 décembre elle se plaint de souffrir dans la fosse iliaque gauche. La douleur est si vive qu'elle ne peut étendre la cuisse, qui reste demi-fléchie sur le bassin. — On constate un léger œdème périmalléolaire. A la palpation on sent une tuméfaction qui fait corps avec le plancher de la fosse iliaque. — On se propose d'inciser cette nouvelle collection. — On commence l'anesthésie au kélène; à peine vient-on de substituer à la compresse l'appareil de Ricard, que la pupille se dilate, le visage pâlit et après quelques inspirations saccadées, la respiration s'arrête, le cœur ne bat plus. Les injections sous-cutanées d'éther, les inhalations d'oxygène, la respiration artificielle prolongée pendant une heure, la trachéotomie avec insufflation directe d'air dans les poumons, ne parviennent pas à ramener la malade à la vie.

Autopsie le 18 *décembre* 1905. — Le thorax ouvert, les poumons apparaissent congestionnés. La cavité péricardique contient un peu de liquide. Le cœur gauche, l'aorte sont normaux. Dans le ventricule droit on trouve un long caillot fibrineux qui est pris dans les cordages de la tricuspide. Ce caillot se laisse dégager facilement, sans se fragmenter, ce qui prouve sa résistance; on l'étale sur un liège, où il se présente comme un cordon arrondi, de plusieurs centimètres, bifurqué à l'une de ses extrémités : il semble qu'il ait été moulé à l'intérieur d'un gros vaisseau. D'où vient-il?

On cherche du côté du bassin. Là les anses intestinales sont agglutinées, surtout du côté gauche, où elles isolent dans la fosse iliaque une petite collection purulente. Les annexes adhèrent très fortement aux parois du petit bassin, surtout à gauche. Les fausses membranes solides qui les entourent, emprisonnent étroitement les organes de la région ovarienne, uretère et vaisseaux hypogastriques. L'utérus est relativement libre, le cul-de-sac de Douglas drainé ne contient pas de pus.

La veine cave inférieure ouverte sur toute sa longueur, apparaît normale; il en est de même de l'iliaque externe gauche qu'on suit jusqu'au delà de l'arcade crurale. Quant à l'hypogastrique, elle vient se perdre dans la gangue inflammatoire qui entoure les annexes gauches.

A droite la veine iliaque primitive contient un caillot blanchâtre qui n'adhère pas à ses parois. Il se prolonge en s'effilant dans l'iliaque externe et il semble la continuation d'un gros caillot qui occupe l'hypogastrique droite. Son aspect, sa consistance sont identiques à ceux du caillot trouvé dans le ventricule droit.

En somme il y a eu embolie cardiaque.

Le caillot qui est venu s'arrêter dans les piliers de la tricuspide, a pris naissance vraisemblablement dans l'hypogastrique gauche, au point où elle était serrée dans les adhérences annexielles ; il s'est prolongé dans la veine iliaque primitive et là, battu par le sang qui continuait à circuler dans l'iliaque externe, il a fini par se détacher et par remonter jusqu'au cœur, entraînant la mort.

[On peut se demander si les explorations répétées faites pour assurer le diagnostic, et si les mouvements produits par le transport de la malade de son lit dans la salle d'opération, n'ont pas mobilisé le caillot de la veine hypogastrique qui s'est détaché complètement pendant la période d'excitation du début de l'anesthésie, pour aller immobiliser dans le cœur droit les valves de la tricuspide.]

M. Terrier a observé un cas dans lequel une malade qui avait été endormie au chloroforme s'est réveillée avec une hémiplégie dont elle a guéri d'ailleurs. Elle aurait aussi bien pu mourir pendant l'anesthésie et on n'aurait pas manqué d'attribuer sa mort au chloroforme. (Boureau, Un cas d'hémorragie cérébrale survenue au cours d'une anesthésie chloroformique) (*Rev. de Ch.*, 1902, t. II, p. 144).

M. Segond a vu deux malades qui ont succombé immédiatement avant l'anesthésie dans des conditions analogues. L'une est morte dans l'ascenseur qui la conduisait à la salle d'opération ; l'autre a succombé quelques secondes avant l'instant où on allait lui donner du chloroforme. Peu s'en est donc fallu que la mort de ces deux patientes ne fut mise, à tort, au passif de la chloroformisation.

Présentation d'instrument.

Appareil destiné aux opérations sur les os et à la trépanation cranienne.

M. TUFFIER. — L'appareil que je vous présente a été construit par M. Bercut et modifié à la suite d'une série d'expériences que j'ai faites. Il se compose de deux parties : 1° un moteur, et 2° une série d'instruments destinés à la perforation des os et surtout aux larges trépanations craniennes, telles que nous les pratiquons dans les hémicraniotomies.



Fig. 1.
Appareil destiné à la trépanation (moteur, cordon souple, perforateur

1° *Le moteur* est, très renforcé, celui que j'avais déjà employé pour les petites perforations et qui vous a été montré au Congrès de 1904. Il est constitué essentiellement par un ressort d'une grande puissance, qui se monte comme un ressort d'horlogerie et qui présente trois avantages : 1° un mouvement absolument régulier ; 2° une mise en marche et un arrêt instantanés, et 3° la possibilité de remonter l'appareil pendant qu'il est en marche et par conséquent la possibilité de prolonger le mouvement indéfiniment. C'est un appareil robuste, très simple, ne pouvant pas se dérégler, car le ressort — contrairement à ceux de l'horlogerie en général — ne peut se décrocher ; par conséquent, il est applicable en tout lieu et en toute circonstance.

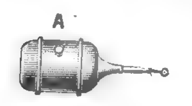


Fig. 2.
Petit appareil à main pour perforations osseuses.

Je me permets d'insister sur ces détails de construction, car tous ceux qui se sont servis d'un moteur électrique savent combien délicat en est le mécanisme, avec quelle facilité un contact peut se déplacer, et enfin quelles sont les tribulations que nécessite l'adduction d'un courant d'une intensité exactement nécessaire à leur mise en marche. Quant aux instruments à main, ils sont d'un maniement vraiment très laborieux.

La seconde partie, c'est-à-dire les instruments mus par ce moteur, sont les fraises rondes devenues classiques depuis Doyen après avoir été employées autrefois bien avant la couronne de trépan qui elle-même fut alors considérée comme un perfectionnement. Cette partie n'a donc rien d'original. Le point sur lequel j'insiste est le suivant : vous savez tous que les scies mises en mouvement par un mécanisme puissant sont d'un maniement difficile et dangereux. Ces deux inconvénients tiennent à ce que ces scies sont *rotatives*, et comme telles elles sont munies d'un mouvement de *rotation sur place* et d'un mouvement obligé de *translation en avant* contre lequel la main de l'opérateur doit constamment lutter ; il est certain qu'avec la pratique on peut remédier à ces inconvénients, mais il n'est pas moins vrai qu'il serait avantageux de les supprimer. Les scies ont encore un désavantage, c'est qu'elles ne peuvent pas facilement décrire une ligne courbe dans l'épaisseur d'un os ; aussi, dans les trépanations craniennes, sommes-nous obligés de faire une série de trous dans les os du crâne. C'est pourquoi j'avais demandé à M. Bercut de modifier ses appareils et je dois dire qu'il l'a fait d'une façon très originale et très heureuse. (Voy. fig. 3.)

Fig. 3.
J. Cylindre cannelé dont la rotation fait scie.
En bas de la figure coupe de ce cylindre.

Avec l'appareil que je vous présente, lorsque vous avez fait au moyen d'une fraise un seul trou dans un crâne et que vous avez mis à nu la dure-mère sur l'étendue d'à peine 1 centimètre, vous pouvez décrire des incisions qui courent à travers les os du crâne dans toutes les directions et sans aucun danger de blesser la dure-mère. Vous pouvez donc d'un seul trait et en quelques minutes, faire une hémicraniotomie en suivant toutes les courbes nécessaires à votre section osseuse. Cet avantage est obtenu au moyen de l'instrument suivant que je vous présente et qui est constitué par un cylindre muni de petites dents et agissant par rotation perpendiculairement à la surface des os. Voici d'ailleurs l'instrument et un crâne sur lequel j'ai fait la trépanation que je vous présente et sur lequel je peux faire et vous pouvez exécuter toutes les incisions que vous voudrez. Vous verrez que la dure-mère ne peut courir aucun danger, et cependant les syncipus que mon

ami Rieffel a mis à ma disposition sont de choix comme épaisseur.

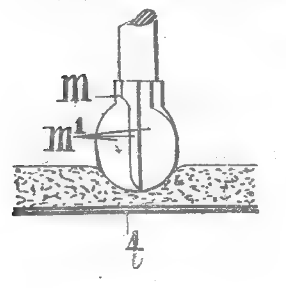


Fig. 4.
Fraise commune.
t, dure-mère.
m, fraise.
m¹, tranchant.

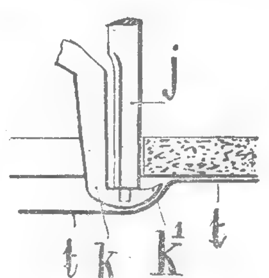


Fig. 5.
Appareil de trépanation.
j, cylindre coupant.
t, dure-mère.
k, protecteur de la dure-mère.

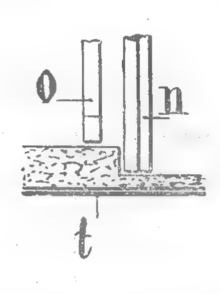


Fig. 6.
Position de l'appareil pour section osseuse portant seulement sur la table externe du crâne.

Du reste, lui-même a pu se rendre compte des qualités de cet instrument à l'École pratique.

J'ai eu l'occasion d'appliquer deux fois cet appareil dans deux

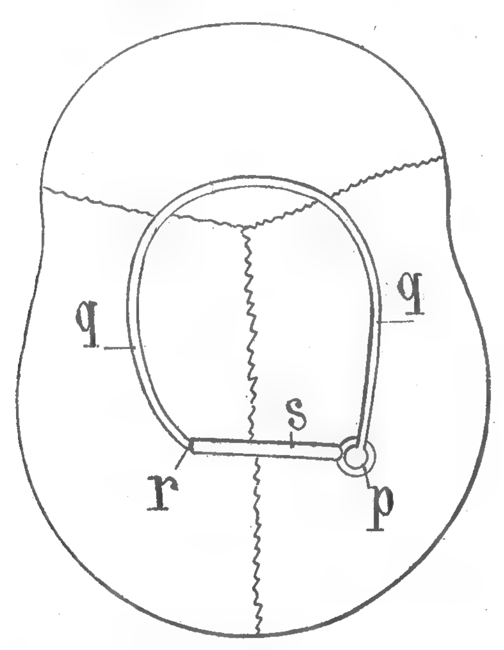


Fig. 7.
Crâne avec trajet de trépanation, pièce expérimentale.
p, perte de substance faite par la fraise.
q q, tracé de la section osseuse.

cas *d'hémiscraniotomie pour tumeur du cerveau*, et les résultats

qu'il m'a donnés dans les deux cas m'ont paru tellement satisfaisants, que je me suis permis de vous le présenter comme un réel progrès. La seule objection que l'on peut faire à la section osseuse, c'est qu'elle est un peu plus large que celle que donne un trait de scie; mais comme on peut imprimer à cette section toutes les obliquités, il n'y a pas là de cause d'infériorité.

Elections.

Election du Président.

Votants : 34.

M. SEGOND. . . . . obtient : 32 voix. Élu.
M. ROCHARD . . . . — 1 —
Bulletin blanc . . . . . . — 1 —

Election du vice-président.

Votants : 35.

M. QUÉNU . . . . obtient : 34 voix. Élu.
M. FÉLIZET. . . . . — 1 —

Election du premier secrétaire.

Votants : 33.

M. MICHAUX . . . . obtient : 32 voix. Élu.
M. SEBILEAU . . . . — 1 —

Élection du deuxième secrétaire.

Votants : 32.

M. CHAPUT. . . . . obtient : 31 voix. Élu.
M. ROCHARD . . . . — 1 —

Trésorier. — M. ARROU.

Bibliothécaire. — M. BROCA (*par acclamations*).

— La Société se réunit en Comité secret.

Le secrétaire annuel.
PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1905

Présidence de M. SEGOND, vice-président.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. SCHWARTZ, qui demande un congé d'un mois pour raison de santé.

Une lettre de M. PICQUÉ, qui demande un congé de quinze jours.

Une lettre de M. MAUCLAIRE, qui, retenu au concours d'internat, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique, qui rappelle à la Société que le 44e Congrès des Sociétés savantes se réunira à la Sorbonne le 17 avril prochain.

A propos de la correspondance.

M. WALTHER dépose sur le bureau de la Société :

1° Un mémoire du Dr Duval, intitulé : *Blessure de la plèvre gauche, de l'intestin et du rein gauche. Néphrectomie d'urgence. Guérison* ;

2° Un travail du Dr Rastouil, intitulé : *Gastro-entérostomie pos-*

térieure, etc. Ces deux mémoires sont adressés à des commissions dont M. WALTHER est nommé rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. WALTHER au nom de la Société de chirurgie.

M. LE PRÉSIDENT demande à la Société si elle est d'avis qu'on tienne séance le mercredi 3 janvier. Il est décidé à mains levées que la prochaine séance aura lieu le *mercredi* 10 *janvier*.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous connaissez sûrement les nombreux articles de réclame publiés récemment par la presse non scientifique a propos d'un instrument présenté à la Société de chirurgie. Ce mode particulier de vulgarisation est en contradiction trop flagrante avec nos coutumes les plus traditionnelles pour que je ne sois pas sûrement votre interprète à tous, en invitant ceux d'entre vous qui se chargeront à l'avenir de présentations similaires, à prendre toutes les précautions défensives voulues pour que le caractère scientifique de leur intervention soit sévèrement respecté.

M. TUFFIER. — Je tiens à joindre ma protestation à celle de notre Président, et je n'ai pas attendu cette séance pour faire venir l'auteur de cet appareil dans mon service et pour lui dire publiquement ce que je pensais de sa façon de comprendre une présentation scientifique. Il m'a fait à cet égard toutes ses excuses ce qui ne m'empêche pas d'approuver pleinement les conclusions de M. Segond.

A propos du procès-verbal.

Tumeur de la région sous-maxillaire.

M. ARROU. — La communication de M. Le Dentu me remet en mémoire une malade que j'ai soignée en septembre 1902, dans le service de M. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agissait d'une femme de soixante-huit ans, qui vint me demander conseil pour une tumeur de la région sous-maxillaire du côté droit. C'était une

volumineuse masse, égalant un poing d'adulte, débordant par ce fait un peu partout, mais primitivement développée, affirmait la malade, un peu en avant et au-dessous de l'angle de la mâchoire. Il ne s'agissait pas d'un produit inflammatoire, d'un abcès; rien n'autorisait à y penser. La marche lente, l'évolution au cours des derniers trois ou quatre mois, la dureté presque ligneuse des points accessibles, tout nous fit porter le diagnostic de « tumeur maligne ». Allant plus loin, et écartant, faute d'appui, l'hypothèse de cancer secondaire des ganglions, on s'accorda à considérer la tumeur comme développée aux dépens de la glande sous-maxillaire.

J'en fis l'ablation sans trop de peine, évidant la région de l'angle jusqu'au plancher buccal, et emportant toute la moitié correspondante du muscle mylo-hyoïdien, qui avait contracté adhérence. La veine jugulaire était loin, ou plutôt avait été repoussée par la masse néoplasique.

Celle-ci fut confiée tout entière à l'examen de M. Durante, qui nous fit parvenir quelques semaines plus tard la note suivante :

« Tumeur blanchâtre, translucide, d'apparence myxo-sarcomateuse. A un faible grossissement, disposition lobulaire rappelant la cirrhose de Laënnec. A un fort grossissement, ses lobules irréguliers sont séparés par d'épaisses travées conjonctives, avec gros vaisseaux. Ces travées sont bordées par des éléments épithéliaux petits et irrégulièrement disposés. En se portant au centre des lobules, les éléments épithéliaux se dissocient, et sont séparés par un tissu mucoïde ou mieux myxoïde, pauvre en cellules, dans lequel il y a de rares capillaires; sur les bords de la pièce il y a quelques nodules de structure nettement et purement épithéliomateuse. En somme, il s'agit d'un épithéliome, ayant subi secondairement un *envahissement muqueux*. La forme des cellules indique qu'il ne s'agit pas d'une tumeur de la glande sous-maxillaire. C'est probablement une tumeur d'origine branchiale. »

Cette malade a bien guéri de son intervention, et nous a quitté au bout de peu de jours. Mais le résultat thérapeutique a été des plus maigres. L'interne du service, M. Bonnel, a suivi cette malade en ville, et a assisté à une repullulation du mal telle qu'il ne fallait pas songer à une seconde intervention. Quatre mois après, exactement, cette malheureuse succombait.

J'ai rapporté cette observation pour la joindre au dossier des tumeurs branchiales *de la région sous-maxillaire*, et j'ajoute que c'est le seul cas qui se soit présenté jamais à mon examen.

Sur certaines particularités des voies biliaires.

M. Pierre Delbet. — Voulez-vous me permettre, Messieurs, d'attirer votre attention sur certaines particularités des voies biliaires et les conséquences qu'elles peuvent avoir?

Viart a insisté dans sa thèse sur la manière dont s'unissent le canal cystique et le canal hépatique.

En réalité, le canal cystique ne se termine pas au point où il s'unit au canal hépatique. Les deux canaux s'accolent si étroitement que, vus par l'extérieur, ils semblent n'en faire qu'un, mais ils restent indépendants et cheminent accolés dans la même gaine, sans communication, sur une longueur variable. Cette partie commune ne mesure dans certains cas que 5 ou 6 millimètres. Elle est habituellement plus longue et grâce à l'obligeance de MM. Lecène, Cauchois, Dézarnaulds, j'ai pu voir un cas où elle mesurait 21 millimètres et un autre où elle en mesurait 32.

La conséquence de cette disposition, c'est que le canal cholédoque ne commence le plus souvent que derrière le duodénum. En général il n'a pas de portion sus-duodénale. Lorsqu'il en a une elle est d'une extrême brièveté.

Le cholédoque traverse obliquement le pancréas pour aller se jeter dans le duodénum. Parfois le pancréas remonte derrière le duodénum, de sorte que le cholédoque est d'emblée rétro-pancréatique. Il irait non seulement derrière le duodénum, mais aussi derrière le pancréas. Enfin lorsque la portion commune aux deux canaux hépatique et cystique est longue, le cholédoque naît dans l'épaisseur même du pancréas.

Excusez-moi, Messieurs, d'insister sur ces détails d'anatomie. Je ne le fais que parce que ces dispositions me paraissent avoir des conséquences assez intéressantes.

Si vous le voulez bien, pour rendre l'exposé plus clair, nous appellerons la portion où les deux canaux hépatique et cystique sont étroitement accolés, sans communiquer cependant, canal double hépato-cystique. Nous aurons donc, en allant de haut en bas, le canal hépatique d'une part et le canal cystique d'autre part, puis le canal double hépato-cystique et enfin le canal cholédoque bien plus court qu'on ne l'enseignait jadis.

Voyons les conséquences.

Si un calcul se développe dans la portion cystique du canal double hépato-cystique, dès qu'il aura un certain volume il comprimera forcément la portion hépatique et il donnera lieu à des accidents de rétention biliaire, tout comme s'il était dans le cholédoque. Si on fait une intervention, on sera convaincu qu'on a

enlevé un calcul du cholédoque et cependant ce ne sera pas exact. Si comme cela arrive si souvent, il y a de la péricanaliculite, si en décollant des adhérences serrées on arrive profondément sur un calcul, l'erreur sera très excusable, ce n'en sera pas moins une erreur. Pour ma part, j'ai retiré plusieurs fois des calculs d'une grande profondeur, sans savoir au juste d'où je les sortais. Alors même qu'on a incisé par sa face inférieure la vésicule biliaire, le canal cystique et qu'on n'a trouvé le calcul qu'après la jonction apparente du cystique avec le canal hépatique, on n'est pas encore sûr d'avoir enlevé un calcul du cholédoque. Il est d'ailleurs possible que dans les cas de gros calculs, l'éperon qui sépare dans le canal double l'hépatique du cystique soit détruit en partie. Ces détails d'anatomie pathologique sont à reviser.

Voici une seconde conséquence.

Tout le monde connaît le signe auquel on donne les noms de Courvoisier-Terrier, et qui doit permettre de distinguer cliniquement dans certains cas les obstructions calculeuses des obstructions néoplasiques. On peut le formuler ainsi. Dans les obstructions par calcul, la vésicule est généralement rétractée; dans les obstructions par néoplasmes, elle est généralement dilatée. Et on attribue la rétraction de la vésicule dans les obstructions d'origine calculeuse à l'inflammation. Je ne veux pas nier le rôle de l'inflammation, mais on ne peut méconnaître que si on lui fait jouer le rôle unique ou principal, il est difficile d'expliquer les faits où, avec une obstruction calculeuse, la vésicule est cependant distendue.

Si on se reporte à la disposition anatomique que j'ai rappelée, tout devient clair.

Supposons encore un calcul arrêté dans la portion cystique du canal double. Il comprime l'hépatique et amène les accidents de rétention biliaire comme un calcul du cholédoque, c'est entendu. Mais en outre, il ferme le canal cystique et empêche la bile de refluer dans la vésicule biliaire. On comprend très bien que dans ces conditions la vésicule inutilisée se rétracte. Et ce fait que la rétraction est très fréquente dans les rétentions d'origine calculeuse ne prouve-t-il pas justement que les calculs siègent bien plus souvent dans le canal double que dans le cholédoque proprement dit?

En somme il me paraît probable que l'atrophie de la vésicule est liée en général à l'obstruction du canal cystique et je crois qu'on serait plus près de la vérité si, pour expliquer l'état de la vésicule, on substituait à la notion de nature la notion du siège de l'obstacle. L'obstruction du canal hépato-cystique amène l'obstruction, celle du cholédoque amène la dilatation de la vésicule.

Si cette conception est exacte, la vésicule doit être rétractée dans les cas d'obstruction néoplasique, lorsque le néoplasme comprime le canal double.

Or j'ai observé un cas où les choses se sont justement ainsi passées.

Il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans qui avait un ictère chronique dû à un néoplasme de la tête du pancréas.

Le canal hépatique était extrêmement dilaté et d'une telle minceur que je ne le reconnus pas. La vésicule au contraire était vide et rétractée sous le foie. En raison de son exiguïté, j'eus les plus grandes peines à la fixer à l'intestin pour faire une cholecysto-entérostomie qui d'ailleurs ne pouvait servir à rien. Le malade ne tarda pas à succomber et on constata à l'autopsie que le néoplasme englobait et comprimait le canal double hépato-cystique et empêchait la bile de pénétrer dans la vésicule.

Ce fait montre la possibilité d'un nouvel ordre de conséquences de la disposition anatomique des canaux excréteurs de la bile.

Lorsque le canal double est long et que le cholédoque, court, commence seulement derrière ou même dans le pancréas, un néoplasme, une pancréatite chronique peuvent facilement comprimer non seulement le cholédoque, mais aussi le canal double hépato-cystique. Dans ces cas, je viens de le dire, la vésicule biliaire est rétractée et seule, le canal hépatique est dilaté. Si on fait une cholécysto-entérostomie comme je l'ai fait, et je ne suis peut-être pas le seul à l'avoir fait dans ces conditions, on ne peut obtenir aucun résultat. La seule ressource pour soulager les malades et supprimer l'ictère, c'est de faire non pas une cholécysto-entérostomie, non pas une cholédoco-entérostomie, mais une hépatico-entérostomie.

Hartmann avait bien raison de dire dans la dernière séance que les observations de cholédoco-entérostomie ne lui paraissent pas nettes. Étant donné que la portion sus-duodénale manque le plus souvent et ne mesure, quand elle existe, que quelques millimètres, on peut se demander si les chirurgiens qui ont cru aboucher le cholédoque avec l'intestin ont bien réellement fait une cholédoco-entérostomie, si leur intervention n'a pas porté plutôt sur le canal double ou sur l'hépatique lui-même. Ainsi dans le cas de M. Brin, qui a été l'origine de la discussion actuelle, la vésicule biliaire était extrêmement rétractée; il est probable que l'obstacle portait sur le canal double et qu'il a anastomosé l'hépatique.

Les obstructions portant sur le canal double fournissent, quand elles ne peuvent être levées, une indication d'hépatico-entérostomie.

D'ailleurs, Messieurs, il me semble que certains chirurgiens ont

été trop sévères pour les anastomoses bilio-intestinales. Dans tous les cas où l'obstacle siégeant sur le cholédoque proprement dit ne peut être levé, la cholécysto-entérostomie me paraît être l'opération de choix, pourvu que les malades soient en état de la supporter. Le drainage à l'extérieur qui condamne les malades à la fistule biliaire totale et définitive, n'est qu'un pis-aller. L'écoulement de toute la bile en dehors ne constitue pas seulement une infirmité pénible, c'est aussi une grande cause d'affaiblissement.

Ce qu'on reproche surtout à la cholécysto-entérostomie, c'est d'exposer à l'infection des voies biliaires. Je crois qu'on a exagéré ce danger, je le crois parce que je n'ai pas vu cette infection se produire, bien que j'aie suivi quelques malades pendant longtemps.

J'ai eu six fois l'occasion de faire la cholecysto-entérostomie. Dans l'un des cas, dont je vous ai parlé, il s'agissait d'un cancer du pancréas qui comprimait le canal double. L'opération ne pouvait rien donner. Une autre malade est morte d'insuffisance hépatique. Elle est tombée dans le coma deux jours après l'opération et s'est éteinte le quatrième jour. L'autopsie n'a pas été faite.

Mes quatre autres malades ont bien guéri et j'ai pu les suivre toutes les quatre.

L'une, opérée le 19 mai 1896, a été revue bien portante le 12 décembre de la même année, soit neuf mois après.

Une autre, opérée le 7 décembre 1896, a été suivie sept mois. Sa santé était parfaite.

Une troisième, opérée le 9 novembre 1899, a été suivie plusieurs mois. Elle ne présentait aucune trace d'infection. Je crois qu'elle a succombé ultérieurement à un cancer.

Voici enfin mon cas le plus ancien que je vous ai déjà communiqué. Ce qui en fait l'intérêt, c'est que la malade a été opérée en pleine infection hépatique. Depuis longtemps, sa température s'élevait chaque soir à 35 ou 40 degrés. Après la cholocysto-entérostomie, la température s'est mise à descendre d'une façon irrégulière pour revenir peu à peu à la normale. Quand j'ai communiqué ici l'observation sur laquelle mon ami Chaput a fait un rapport, je l'avais déjà suivie dix mois. Je l'ai revue depuis, je l'ai revue en mars 1899, elle avait été opérée en septembre 1894. C'est donc quatre ans et demi après l'opération. Elle revint me trouver pour une tumeur blanche radio-carpienne. Son foie était en parfait état.

Ainsi la cholecysto-entérostomie n'entraîne pas forcément l'infection des voies biliaires, il y a même des cas où elle permet à celles-ci de se désinfecter. Ceci n'est point très surprenant, car la

grosse affaire, c'est que la bile ne stagne plus et s'écoule librement. Certes il vaut mieux que l'écoulement se fasse dans un milieu aseptique que dans un milieu septique, mais le point important, c'est que l'écoulement puisse se faire librement et d'une manière continue.

Il ne faut pas oublier qu'à l'état normal la bile reflue dans la vésicule et stagne dans les voies biliaires pour ne s'écouler qu'au moment des digestions. Par la cholecysto-entérostomie, on assure une évacuation continue et il me semble que le lavage produit ainsi par la bile mérite plus de confiance que celui que fait Kehr avec des solutions antiseptiques.

De la chloroformisation avec l'appareil de Ricard.

M. F. Legueu. — La communication de notre collègue Faure ramène sur ce terrain la question des appareils à chloroformisation, et plus particulièrement de celui de Ricard.

Depuis le 11 février dernier, j'ai pratiqué avec cet appareil 200 anesthésies ; sur 180 d'entre elles j'ai des détails très complets, pris ou relevés avec beaucoup de soin par mon interne M. Hubert, et je puis déjà, à l'aide de ces quelques faits, formuler une appréciation sur la valeur de cet appareil.

En ce qui concerne la *quantité de chloroforme*, avec l'appareil de Ricard, les doses de chloroforme employées sont beaucoup moindres qu'avec la compresse. Ainsi, pour 180 anesthésies, de durée très variable, la plus longue a duré une heure et demie, la plus courte huit minutes ; on a employé 3.408 grammes de chloroforme, ce qui fait une moyenne de 39 grammes par heure.

Pour connaître d'une manière approximative la dose de chloroforme nécessaire pendant la première demi-heure de l'anesthésie, on a pris tous les cas où cette dernière a duré trente minutes ou moins, et l'on a vu que pour 49 anesthésies dont la durée a été moindre de trente minutes, et qui faisaient un total de huit cent quatre-vingt-trois minutes de sommeil chloroformique ou de vingt-neuf demi-heures (43), il a fallu 1.282 grammes de chloroforme qui, divisées par 29, ont donné le chiffre de 44 grammes de chloroforme.

Période d'excitation. — De l'avis de tous ceux qui ont donné ou vu donner le chloroforme avec l'appareil, la période d'*excitation est considérablement diminuée*, sinon absolue. En examinant à ce

point de vue les 180 cas d'anesthésie qui nous occupent, on remarque qu'ils se répartissent en :

27 cas où l'excitation fut très marquée ;
53 où elle fut à peu près nulle ;
100 cas où il n'y eut pas de période d'excitation.

De plus, si on analyse les 27 cas où l'excitation fut très marquée, on remarque que ce sont des cas se rapportant à des opérations faites sur des hommes — 25 hommes pour 2 femmes — et des hommes âgés de quarante à cinquante-cinq ans, presque tous alcooliques.

Vomissements. — Avec l'appareil, les vomissements pendant l'anesthésie sont diminués ; on ne les note que dans 7 observations et dans la plupart ce sont plutôt des états nauséeux que des vomissements. Ces états nauséeux cessent dès qu'on augmente la dose de chloroforme.

Les vomissements, après la chloroformisation, sont moins fréquents ; ici cependant la différence est moins sensible. Tandis qu'une surveillante les trouve beaucoup moins fréquents, une autre n'a pas remarqué de différence.

Quelques incidents se sont produits.

Je laisse de côté d'abord une asphyxie non mortelle produite par des vomissements tombés dans la trachée, chez un malade qui, malgré la défense, avait mangé le matin.

En dehors de ce cas, j'ai observé quatre alertes par syncope respiratoire au cours de l'anesthésie, alertes qui ont obligé à arrêter l'opération et à pratiquer la respiration artificielle ou les tractions rythmées de la langue.

De ces alertes, une est incontestablement *imputable à la faute de l'anesthésiste* et n'a rien à voir avec l'appareil. A la vingt-septième minute, le malade que j'opérais de prostatectomie dormait avec quatre trous fermés et un tour complet. La respiration s'arrêta, son pouls devint faible ; il se cyanosa, les réflexes furent abolis ; on fit quelques tractions de la langue, la respiration revint, et je pus continuer l'opération.

Deux autres accidents du même genre sont *peut-être imputables au malade*, à la défectuosité de son état.

L'observation 24 a trait à une femme de soixante-trois ans atteinte d'ictère complet dû à une lithiase biliaire compliquée de cancer de la vésicule et des voies biliaires.

Au début de la chloroformisation, exactement sept minutes après l'application du masque, la malade eut une syncope, que rien ne pouvait faire prévoir, pas plus l'émotivité de la malade que l'abondance du début chloroformique. Deux trous seulement étant bouchés,

Cette syncope dura dix minutes et elle céda à la respiration artificielle combinée aux tractions rythmées de la langue.

On attribue cette syncope à l'état d'insuffisance hépatique de la malade.

L'observation 52 a rapport à un ataxique atteint de calculs vésicaux.

La syncope est survenue la dixième minute.

Après une période d'excitation de trois minutes, le malade était complètement endormi au bout de la septième minute, moment où les quatres trous de l'appareil étaient bouchés. Brusquement à la dixième minute, alors que l'anesthésie était entretenue avec deux trous bouchés, le malade pâlit, sa pupille se dilate brusquement, sa respiration s'arrête.

On enlève le masque, on lui fait de la respiration artificielle et, sans qu'on ait besoin d'exercer des tractions sur la langue, le malade se met à respirer seul au bout de la troisième minute.

On reprend alors l'anesthésie, et pendant toute la durée de la lithotritie le malade a très bien dormi. On a employé 6 grammes de chloroforme.

Voici au contraire un accident qui n'est sûrement imputable ni au malade ni au chloroforme : *il fut insignifiant.*

Cet incident qui est relaté à l'observation 135 survint chez une femme chez laquelle on fit une appendicectomie à froid.

Il n'y eut pas de période d'excitation. Au bout de la vingtième minute d'anesthésie, la malade présenta seulement un peu de pâleur de la face et une légère dilatation pupillaire, alors qu'elle dormait avec deux trous fermés. On enleva le masque pendant une ou deux minutes, les phénomènes précédents disparurent et l'on continua l'anesthésie avec deux trous fermés.

L'anesthésie dura en tout quinze minutes et l'on employa pour cela 12 grammes de chloroforme.

C'est plutôt une menace qu'un incident; je le note cependant pour être complet.

Et je conclus de ces premières observations :

L'appareil est supérieur à la compresse à tous points de vue : régularité et simplicité de l'administration, suppression de la période d'excitation, diminution des vomissements pendant, économie de chloroforme, voilà ses avantages.

J'ajoute ceci : on ne voit plus de brûlures de la figure qui ne manquaient jamais dans les chloroformisations difficiles.

Bien entendu l'appareil demande de la part du chloroformisateur intelligence, savoir et attention. Avec ces qualités on est plus facilement à l'abri des à-coups.

Je n'ai que quelques reproches à faire : c'est ce masque, qui ne

convient pas à tout le monde, qu'il faut maintenir solidement et quelquefois difficilement, surtout dans la position latérale. Dans cette position, les soupapes, la supérieure au moins, jouent moins bien. Ce ne sont là que des détails.

Puis le tube de caoutchouc se plie facilement, mais ce ne sont là que de tout petits reproches.

Et en somme, je suis content de cet appareil et continuerai à m'en servir, car il est un progrès sensible sur la compresse.

Quant à le comparer à l'appareil de Roth-Dræger, je ne le saurais, n'ayant de cet appareil aucune expérience personnelle.

Plusieurs observations d'épithéliomes branchiaux.

M. Le Dentu. Dans la dernière séance, j'ai placé la question des tumeurs branchiales sur le terrain des *tumeurs bénignes*. Deux de nos collègues l'ont transportée sur celui des tumeurs malignes. Pour compléter ce que j'ai déjà dit, je crois devoir les y suivre.

J'ai été pendant longtemps hanté par la question des tumeurs malignes primitives des ganglions lymphatiques ; cette préoccupation se reflète dans une clinique insérée dans mes *Etudes de clinique chirurgicale* (1892, p. 95). J'ai réuni là un certain nombre de faits que, rétrospectivement, on peut considérer comme des épithéliomes branchiaux. Cette interprétation est un peu délicate, étant donné que plusieurs de mes observations sont incomplètes, parce qu'il leur manque le contrôle de l'examen histologique et de l'autopsie.

En revanche, d'autres me paraissent posséder une valeur réelle. Permettez que je les résume rapidement.

1° Homme de cinquante-huit ans soigné à l'hôpital Saint-Louis en 1887. Tumeur dure siégeant à la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne gauche, empiétant un peu sur l'angle de la mâchoire et le masséter, trop fortement adhérente pour être extirpée. Aucune tumeur, aucune ulcération diagnosticable du côté de la bouche, du pharynx, de l'œsophage ni du larynx. Pas d'opération, pas d'autopsie, mais évolution n'ayant aucun rapport avec celle d'une adénite chronique simple ou tuberculeuse.

2° Homme d'une cinquantaine d'années, hôpital Saint-Louis, tumeur ferme, ulcérée, profondément adhérente, grosse comme une demi-mandarine, occupant la partie *inférieure* du cou en arrière et en dedans du sterno-mastoïdien. Inopérabilité manifeste. Je m'abstiens, et j'assiste pendant plusieurs mois à l'évolu-

tion du néoplasme et au développement de la cachexie qui finit par causer la mort. La tumeur a gardé sa dureté jusqu'au bout tout en s'ulcérant.

Autopsie : aucun néoplasme primitif à la surface des muqueuses de la face et du cou ni dans aucun organe thoracique ou abdominal. L'examen histologique révèle un épithéliome.

3° Homme de soixante-deux ans opéré une première fois à Dijon pour une tumeur de la région submaxillaire gauche. Récidive trois mois après. Je réopère le sujet le 24 avril 1890. A ce moment, le néoplasme avait les dimensions d'un demi-œuf de poule. Elle était très voisine des gros vaisseaux. L'extirpation est difficile mais peut se faire entièrement. Les adhérences aux vaisseaux sont étroites.

Un mois après, nouvelle récidive sous la forme d'une tumeur de faible volume, plutôt d'une plaque ferme située immédiatement au-dessus de l'os hyoïde, qui se ramollit bientôt et devint fongueuse. Je renonçai à arrêter la marche du mal par une autre intervention. Une cachexie rapide se prononça et la mort survint au bout de six mois, sans qu'aucun néoplasme se fût manifesté ailleurs. Il n'y a malheureusement pas eu d'autopsie.

Chose curieuse, l'examen histologique n'avait révélé aucun élément malin dans la masse extirpée par moi. Il m'avait été répondu que cette masse submaxillaire paraissait formée de produits inflammatoires. Je m'explique difficilement cette opposition profonde entre la réponse du microscope et l'évolution clinique.

4° Un autre cas observé à l'hôpital Necker en 1892 de tumeur offrant des caractères identiques et siégeant dans les régions carotidienne et submaxillaire. Je ne puis fournir aucun autre renseignement sur ce cas dont je n'ai pas suivi l'évolution.

5° A une époque peu éloignée (quatre ou cinq ans environ) où l'existence des branchiomes malins avait déjà été établie, j'ai opéré à l'hôpital Necker un homme de quarante-cinq ans environ qui portait une tumeur déjà volumineuse de la région submaxillaire gauche étendue jusqu'au sterno-mastoïdien, empiétant un peu sans y adhérer sur le corps du maxillaire inférieur. Extirpation assez laborieuse mais complète. Deux mois après repullulation dans des conditions telles qu'une deuxième opération eût été impraticable. Cette fois le diagnostic avait été fait, et l'examen histologique l'avait confirmé. Ce sujet succomba assez rapidement à la cachexie après formation d'un fungus cancéreux ;

6° J'ai réservé pour la fin un cas des plus intéressants qui prouve que ces tumeurs malignes de la région submaxillaire peuvent guérir exceptionnellement.

Le sujet est une dame d'une quarantaine d'années qui au com-

mencement de l'automne de 1888 offrit les symptômes d'une adénite subaiguë de la région submaxillaire gauche. Les phénomènes inflammatoires étaient si prononcés qu'il était difficile de songer à une autre maladie. Cependant comme au bout de quatre ou cinq semaines il ne s'était pas produit de suppuration franche, j'eus le soupçon qu'il s'agissait d'une affection maligne et je procédai à l'extirpation de la tumeur. Celle-ci, déjà volumineuse, occupait toute la région submaxillaire, atteignait le corps de la mâchoire et le bord du sternomostoïdien.

L'opération fut délicate au niveau des gros vaisseaux; je pus néanmoins la mener à bien très complètement. Cela n'empêcha pas un commencement de récidive de se manifester. De petites plaques de pâte de Canquoin au chlorure de zinc appliquées plusieurs fois avec beaucoup de prudence par mon ancien interne M. Lefèvre (de Malakoff) eurent raison des fongosités épithéliomateuses apparues si peu de temps après l'intervention.

Ce commencement de récidive a une grande valeur au point de vue de l'interprétation de ce fait. Mais voici qui est mieux. C'est une note qui m'a été remise par un de mes anciens élèves. Vous verrez qu'il y est question de plusieurs ganglions. C'était sans doute une concession involontaire à l'idée régnant à cette époque que les tumeurs malignes de cette région procédaient de dégénérescences malignes des glandes lymphatiques. Ces prétendus ganglions, dans lesquels on ne trouva pour ainsi dire pas de tissu réticulaire, devaient être simplement des masses du tissu morbide un peu séparées les unes des autres.

Examen histologique d'un carcinome ganglionnaire, fait dans le laboratoire de M. Malassez, par M. Martin de Gimard.

« La tumeur est constituée par des ganglions distincts. Ceux-ci sont durs et résistent au scalpel. La surface de coupe est blanc grisâtre et lisse; par le raclage on en fait sortir à peine un peu de suc. Après durcissement par la liqueur de Müller, la gomme et l'alcool, on constate les dispositions suivantes :

« Presque nulle part on ne retrouve le tissu réticulaire normal. En revanche, il existe des fibres conjonctives très nombreuses formant de larges et épaisses travées colorées en rose par le picro-carmin. Dans ces travées sont contenues des cellules de formes irrégulières, métatypiques, peu nombreuses, non soudées entre elles. Dans les points voisins du tissu ganglionnaire normal, les faisceaux conjonctifs ne contiennent que des cellules embryonnaires.

« La presque totalité des ganglions que nous avons examinés est donc envahie par des boyaux de cellules carcinomateuses compris dans de volumineuses travées conjonctives. Le néoplasme est donc un carcinome très riche en tissu conjonctif, comme le squirrhe. Dans un très

petit nombre d'alvéoles on trouve quelques cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse, ce qui permet de supposer qu'il s'agit d'un carcinome encore jeune. »

D'après cette note il ne paraît pas douteux que la tumeur ait été un carcinome qu'il est permis aujourd'hui de rattacher aux épithéliomes branchiaux.

L'intérêt spécial qui s'attache à ce fait est que cette malade est restée guérie depuis 1888. Elle est venue me voir il y a trois jours. La durée de la guérison est donc de dix-sept ans.

Malheureusement, la récidive a eu lieu à peu près dans tous les cas d'épithéliomes branchiaux opérés jusqu'à ce jour. Elle est due aux connexions profondes du tissu morbide et à ce que sa délimitation n'est peut-être pas aussi précise primitivement qu'elle en a l'air.

Une dernière remarque pour finir. Toutes ou presque toutes les tumeurs malignes offrant les caractères cliniques énumérés plus haut — beaucoup d'autres chirurgiens que moi en ont observé — sont des épithéliomes branchiaux; mais il faut peut-être faire une petite réserve relativement à la possibilité de tumeurs malignes de même siège, tout à fait indépendantes des sarcomes et des lymphadénomes, développées dans les glandes lymphatiques, plus ou moins voisines des épithéliomes, ou se rattachant plutôt aux endothéliomes.

L'avenir révélera si cette réserve est fondée.

Rapport.

Deux observations de kystes hydatiques du foie,
par M. MARION.

Rapport par M. PIERRE DELBET.

Vous m'avez chargé, Messieurs, d'un rapport sur deux observations intéressantes qui nous ont été communiquées par M. Marion. Je vous demande la permission de vous lire la première *in extenso*.

OBS. I. — L... (Charles), âgé de dix-sept ans et demi est entré à l'hôpital Broussais, salle Follin, n° 29, dans le service de M. le Dr Michaux le 28 août 1900.

Malgré ses dix-sept ans, le malade paraît âgé au plus de treize à quatorze ans; il a tous les signes du rachitisme.

Le malade est envoyé par mon ami le Dr Lereboullet avec le diagnostic de kyste hydatique du foie; je n'insiste pas sur les caractères de ce kyste qui descendait jusqu'aux environs de l'ombilic; ils ne présentaient absolument aucune particularité.

J'opère le malade le 1er septembre. J'aborde largement le foie par une incision verticale pratiquée sur le bord externe du grand droit; l'organe apparaît énorme. Je fais une ponction au trocart, et tombe immédiatement dans la poche d'un kyste d'où s'écoule un liquide clair. La poche est alors incisée, le liquide évacué en même tomps que la poche et de nombreuses vésicules; le kyste contenait environ 3 litres de liquide. Après assèchement soigneux de la cavité, j'essaie d'en pratiquer le capitonnage, mais devant la difficulté de passer des fils au fond de cette poche considérable, en raison de l'hémorragie que détermine le passage de chacun des fils, je n'insiste pas et me contente de fermer la poche en suturant les lèvres de l'incision hépatique. La plaie ainsi fermée est fixée à la paroi abdominale que je suture complètement.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération tout alla pour le mieux, la température n'avait pas dépassé 37°3, mais au quatrième jour la température monte le soir à 38°2; les jours suivants la fièvre continue oscillant entre 37°2 ou 4 le matin et 38 degrés 38°5 le soir. L'état général du malade restait pourtant excellent.

Au septième jour, le 7 septembre, tout d'un coup, dans l'après-midi le malade est pris de frisson, la température monte à 39°8 et en même temps apparaît un urticaire généralisé. Le lendemain l'urticaire a complètement disparu; je défais le pansement et constate que la réunion de la plaie est complète et que le ventre et le foie que l'on sent encore débordant le rebord costal ne sont nullement douloureux.

Le 9 septembre, la température est toujours aux environs de 38°5 le soir et devant cette persistance de la fièvre je me décide à endormir de nouveau le malade pour aller ouvrir la cavité hépatique dans laquelle je soupçonne qu'il y a du pus.

Dans la poche, je trouve un demi-litre de sang mélangé de bile, le tout sans aspect de pus, et M. Lereboullet qui recueille un peu de liquide l'ensemence. Cet ensemencement devait rester stérile. Je fixe alors les bords de la poche aux lèvres de l'incision abdominale et place un grand drainage dans la cavité.

Malgré cette ouverture, les accidents continuent les jours suivants; la fièvre persiste, de nouvelles poussées d'urticaire se font, en même temps que l'état général du malade s'altère; il se produit de l'amaigrissement et de l'ictère apparaît.

Ne sachant comment interpréter ces accidents qui ne pouvaient venir de l'infection de la poche d'où ne sortait chaque jour qu'un peu de liquide teinté de sang et de bile, je pensai qu'un autre kyste existait dont la suppuration causait tous ces phénomènes.

Le 14 septembre, je pratique une laparotomie médiane et explore le lobe gauche du foie au moyen de plusieurs ponctions au trocart, mais sans rencontrer une nouvelle collection. Je remarque que le foie pré-

sente un aspect ridé assez spécial et une teinte jaune très accentuée. Je referme complètement la nouvelle ouverture abdominale.

Dans les jours qui suivirent, l'ictère augmenta, mais la température commença à baisser, et ne dépassa plus 38 degrés le soir; le 17 septembre, le malade eut de violentes épistaxis qui se renouvelèrent plusieurs fois dans la journée; le 18 apparut du purpura généralisé et les épistaxis se renouvelèrent.

Peu à peu le malade déclina, la température s'abaissa au-dessous de 37 degrés et la mort survint le 22 septembre, vingt-deux jours après l'intervention.

L'autopsie pratiquée par M. Lereboullet démontra un foie adhérent au diaphragme par sa face supérieure sur une très large surface.

La plus grande partie de l'organe était occupée par la cavité kystique que j'avais ouverte et dont les parois étaient de la plus grande minceur. A côté de ce grand kyste il en existait un autre du volume d'un œuf de poule. La substance hépatique qui constituait le lobe gauche du foie était réduite à peu de chose; elle présentait une teinte jaune clair et une friabilité particulière.

M. Lereboullet, qui fit l'examen histologique du foie, me dit ultérieurement, sans me donner de plus amples détails, que le foie présentait des lésions semblables à celles que l'on rencontre dans certaines formes d'ictère grave.

M. Marion fait suivre son observation des considérations suivantes :

« Telle est l'histoire de ce malade à qui la fermeture complète de la poche kystique fut fatale sans que l'on puisse incriminer l'infection de la cavité au moment de l'opération. L'hypothèse que je vois la plus rationnelle pour expliquer les accidents et celle que nous formulâmes avec M. Lereboullet après avoir suivi le malade et constaté les lésions du foie à l'autopsie est la suivante :

« Le foie très réduit dans la quantité de sa substance active avait suffi jusque-là à sa tâche; après l'opération, la résorption du liquide, sang et bile, épanché dans la cavité vint tout à coup exiger de sa part un fonctionnement plus actif, qui épuisa la cellule hépatique; c'est alors que sont apparus les accidents d'insuffisance hépatique.

« Que l'hypothèse de l'origine de cette insuffisance telle que je la formule soit exacte ou non, il est certain que le malade a succombé au milieu de phénomènes d'ictère grave démontrant cette insuffisance.

« Peut-être un certain nombre de faits malheureux consécutifs à l'opération de Boledo trouveraient-ils leur explication dans cette hypothèse. »

Messieurs, vous avez sans doute remarqué le nom qu'il a plu à M. Marion de donner à la méthode de réduction sans drainage. Je ne veux pas revenir sur ce point. J'en ai parlé ici assez longuement, en donnant des dates assez précises pour que tous ceux

qui désirent être exactement renseignés puissent l'être par nos bulletins de 1899. Aussi je passe immédiatement à la question importante, la discussion de l'observation.

Le sujet est un rachitique malingre qui, à dix-sept ans, paraît en avoir au plus quatorze. M. Marion l'opère le 1er septembre. Il essaie de faire le capitonnage, y renonce et suture la poche sans la drainer. Le 9 septembre, il rouvre l'abdomen et marsupialise le kyste. Le 14 septembre, il fait une troisième laparotomie, ponctionne le lobe gauche du foie sans rien y trouver ; le malade succombe le 22 avec des symptômes d'ictère grave, et ce qui l'a tué, d'après M. Marion, c'est la première laparotomie, c'est la suture sans drainage.

L'observation est malheureusement fort incomplète. A quel degré s'est élevé la température après la seconde laparotomie, c'est-à-dire après la marsupialisation du kyste? On ne nous le dit pas, et c'est regrettable, car il est certain que c'est seulement après cette seconde opération que l'ictère a fait son apparition. Quel jour a-t-il apparu? Quel était-il? Était-ce un ictère par rétention? Les matières étaient-elles décolorées? Le texte de M. Marion est absolument muet sur tous ces points.

Quoi qu'il en soit, le parenchyme hépatique était altéré. M. Lereboullet a dit à M. Marion « sans lui donner de plus amples détails, que le foie présentait des lésions semblables à celles que l'on rencontre dans certaines formes d'ictère grave ». Comme M. Marion attache à son observation une grande importance, comme il veut s'en servir pour expliquer d'autres faits que le sien, on ne peut s'empêcher de regretter cette absence complète de détails.

Il semble bien toutefois que le malade est mort d'ictère grave. Qu'est-ce qui a porté le coup fatal à ce foie réduit dans son volume, mais qui avait suffi à sa tâche jusqu'à l'opération?

M. Marion déclare que c'est la résorption de la bile et du sang qui se sont épanchés dans la cavité kystique.

D'abord, il est permis de se demander si cet épanchement de bile et de sang n'est pas dû à ce que M. Marion a essayé le capitonnage sans le faire. Il nous dit qu'il y a renoncé en raison de l'hémorragie déterminée par le passage des fils. Mais ne savons-nous pas que la meilleure manière d'arrêter une hémorragie déterminée par le passage d'un fil, c'est de serrer ce fil. A mon avis, il fallait, ou ne pas entreprendre le capitonnage, ou le mener jusqu'au bout ; ne pas l'entreprendre si les parois du kyste étaient assez souples pour qu'il ne fût pas nécessaire ; le mener jusqu'au bout après l'avoir entrepris si la rigidité des parois le rendait utile. M. Marion nous dirait peut-être que les conditions particu-

lières de son kyste rendaient le capitonnage impossible. Alors je lui répondrais ceci : si le capitonnage était impossible, et si, en même temps, les parois du kyste étaient rigides et saignantes, le cas ne convenait pas à la réduction sans drainage, il fallait tamponner et marsupialiser.

Le kyste a été réduit sans drainage, et lorsque M. Marion l'a réouvert au bout de huit jours pleins, il y a trouvé un demi-litre de sang mêlé de bile, et les ensemencements faits par M. Lereboullet, ont montré que ce liquide était stérile. Est-ce cela qui peut expliquer les accidents ? M. Marion le pense. S'il est vrai que la résorption du sang puisse amener des élévations thermiques, je ne sache pas qu'elle donne jamais des poussées d'urticaire. Et puis, Messieurs, si c'est la résorption du sang qui produisait la fièvre, je demande pourquoi l'évacuation de l'épanchement n'a pas empêché les élévations thermiques de continuer. Si c'est la résorption du sang qui a amené la désorganisation de la cellule hépatique, je demande comment il se fait que l'ictère ait apparu seulement après la marsupialisation. Et là-dessus point de doute, car voici ce que M. Marion écrit : « Malgré cette ouverture, les accidents continuent les jours suivants, la fièvre persiste, de nouvelles poussées d'urticaire se font en même temps que l'état général du malade s'altère ; il se produit de l'amaigrissement et de l'ictère apparaît. » On ne nous dit pas quel jour l'ictère a fait son apparition, mais il résulte clairement de ce texte qu'il a débuté après la seconde opération, et il s'est aggravé après la troisième.

Ainsi l'influence des deux dernières opérations sur l'ictère apparaît clairement, et personne n'en sera surpris, car tout le monde sait que le chloroforme est toxique pour la cellule hépatique. Il me semble que pour un foie déficient, trois chloroformisations en quatorze jours sont bien plus néfastes que la résorption d'un épanchement modéré de bile et de sang provenant du malade lui-même.

Mais n'admet-on pas aujourd'hui que les ictères graves sont d'origine infectieuse? Et cette fièvre qui a persisté après la marsupialisation, qui a duré jusqu'à la période ultime, n'a-t-elle pas les allures d'une fièvre septique? Les ensemencents faits avec l'épanchement intra-kystique sont restés stériles, mais n'y avait-il pas d'autres sources d'infection? Nous n'en savons rien, car l'autopsie ne relate que l'état du foie. Il n'est pas dit un mot des autres organes.

Pour expliquer cet ictère grave, on ne peut, en somme, faire que deux hypothèses : ou bien il était d'origine infectieuse, et la méthode de réduction sans drainage ne peut être incriminée, ou bien il était d'origine toxique et les trois chloroformisations faites

à des intervalles de quelques jours y ont eu plus de part que la résorption du sang.

La vérité, Messieurs, doit emprunter une part à chacune de ces deux hypothèses. Il faut, il me semble, incriminer à la fois et les accidents septiques et les chloroformisations rapprochées.

En somme, les faits ne me paraissent nullement justifier les conclusions de M. Marion.

Le travail de M. Marion renferme une seconde observation. « Elle a trait, nous dit-il, à une malade atteinte d'un kyste hydatique traité par une méthode nouvelle. »

En quoi consiste la nouveauté? En ceci, qu'après avoir enlevé la vésicule mère, M. Marion a réséqué une calotte de la poche adventice « de façon qu'après résection il persistât non plus une cavité mais une excavation à la surface du foie ». C'est le même artifice qui a été décrit par M. Mabit, dans la *Revue de chirurgie* du 10 mai.

Permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler que j'ai décrit trois manières de réduire les kystes hydatiques de l'abdomen sans les drainer. Dans nos bulletins du 27 décembre 1899, vous les trouverez ainsi classées :

1° Réduction sans suture;

2° Réduction avec suture sans capitonnage;

3° Réduction avec capitonnage et suture.

Il me paraît incontestable que le fait de M. Marion et ceux de M. Mabit rentrent dans le premier groupe, la réduction sans suture que j'ai appelée aussi *réduction poche ouverte*.

MM. Mabit et Marion y ont ajouté une résection d'une partie de la poche adventice. Cette résection a-t-elle un avantage? Je ne le crois pas. Je me suis déjà expliqué longuement et à plusieurs reprises sur cette question de la résection d'une partie de la poche adventice. Aussi je serai bref. Elle ne me paraît avoir aucun avantage, et voici pourquoi. Si on est tenté de réséquer une partie de la poche, c'est qu'elle est très mince. Personne n'aurait l'idée de réséquer une paroi épaisse contenant encore du parenchyme hépatique de bonne qualité. Si elle est mince, c'est qu'elle contient peu ou pas de vaisseaux sanguins ou biliaires. Si elle est à peu près sans vaisseaux, elle n'est pas dangereuse.

Cette résection peut-elle avoir des inconvénients? Sans aucun doute. En voici la preuve. La première fois que j'ai fait le capitonnage, c'était en 1895, j'ai réséqué une partie de la poche qui était énorme puisque ce kyste hydatique du foie avait été pris pour un kyste de l'ovaire. Sur la tranche de la résection, je m'aperçus que la paroi était comme clivée par une cavité secondaire, et je constatai que cette cavité était la vésicule biliaire que

j'avais largement ouverte. Il n'en est rien résulté de fâcheux, mais j'aurais autant aimé ne pas l'ouvrir.

J'ai dit et répété à maintes reprises que la résection d'une partie de la paroi n'a aucun avantage parce que cette paroi après ablation de la vésicule mère se rétracte avec une merveilleuse facilité. Elle est toujours inutile, elle expose quelquefois à des inconvénients, je ne puis donc en être partisan.

Aussi lorsque je fais la réduction poche ouverte, je ne résèque rien. Mais je n'ai jamais fait cette réduction que pour de petits kystes de l'épiploon, de l'intestin. Je ne l'ai jamais faite pour des kystes volumineux et je ne suis pas disposé à la faire pour des kystes du foie ou des organes glandulaires, quel que soit leur volume.

M. Marion conseille au contraire d'y recourir dans le plus grand nombre des cas et il nous dit « que le suintement que peut donner la poche est facilement absorbé par le péritoine ».

Là-dessus, je ne suis pas du tout d'accord avec lui. Si la poche ne suinte pas, il n'y a aucun inconvénient à la fermer, et on évite ainsi la formation d'adhérences, ce qui n'est pas sans avantage. Si la poche suinte, il me semble qu'il y a d'énormes avantages à la fermer. Qu'est-ce qui suinte? du sang ou de la bile. Or, le péritoine ne supporte pas toujours bien le sang et s'il supporte bien la bile aseptique, il la supporte très mal lorsqu'elle est septique. Charger le péritoine d'absorber le suintement, cela ne me semble pas chirurgical. S'il doit s'en produire un, j'aime mieux qu'il se fasse dans une poche fermée que dans le péritoine. Je l'ai toujours dit et je le répète : lorsque la poche est bien suturée, un épanchement même septique n'est pas immédiatement menaçant, comme il le serait s'il se faisait dans le péritoine. M. Marion, quoi qu'il en dise, a si bien senti ce danger qu'il a mis un drain dans le péritoine au contact de l'excavation du kyste.

Messieurs, toute la communication de M. Marion, il le déclare dès ses premières lignes, est dirigée contre la réduction avec suture à laquelle il veut substituer la réduction poche ouverte qu'il croyait nouvelle.

Mais voici qui rend son plaidoyer singulier. Chez sa deuxième malade, outre le kyste dont je viens de vous parler, qu'il a réduit poche ouverte après résection d'une partie de la paroi, il y avait un second kyste. Ce second kyste était un peu plus volumineux que le premier (plus de 2 litres dans l'un, moins de 2 litres dans l'autre). Il était bien plus mal placé que le premier, puisqu'il occupait la face convexe et que M. Marion ne put l'atteindre qu'après avoir réséqué le rebord costal. C'est la variété de kyste la plus embarrassante. Quand M. Bazy m'a demandé lui-même

en 1896 si la méthode que je défendais était applicable aux kystes de la face convexe, j'ai dû lui répondre que je n'en savais rien. Depuis j'en ai opéré deux avec succès, et M. Quénu nous a montré que la méthode est même applicable aux kystes que l'on est obligé d'ouvrir par la voie transpleurale. Il n'en reste pas moins que ces kystes de la face convexe sont plus difficiles à manier que ceux de la face inférieure.

Or, que M. Marion a-t-il fait de ce kyste de plus de deux litres qui faisait saillie sous le diaphragme? Il l'a suturé sans le drainer et son malade a parfaitement guéri. Il est vrai que la température s'étant élevée à 37°6, vous entendez bien, Messieurs, trente-sept six dixièmes, M. Marion s'est donné la peine d'écrire qu'il attribuait cette élévation « à la résorption du liquide exsudé dans la poche supérieure ». Je pourrais lui dire qu'elle était due au liquide exsudé par la poche inférieure dans le péritoine. Mais vraiment une température de 37°6 n'est pas de celles qu'il soit besoin d'expliquer.

Je ne veux retenir que ceci : de ces deux kystes, le plus volumineux, le plus embarrassant par son siège a été traité par la méthode que M. Marion combat, et son malade a parfaitement guéri. Ainsi sa communication fournit un admirable argument contre la thèse qu'il soutient. Sa propre observation le range bien malgré lui parmi les défenseurs de la méthode qu'il voulait attaquer et que je préconise depuis dix ans.

Aussi, je le remercie, et je vous propose, en manière de conclusion, de le remercier de nous avoir communiqué ses très intéressantes observations.

Communication.

Le *masque ecchymotique par compression thoraco-abdominale* par M. MORESTIN.

L'observation de M. Morestin, est renvoyée à une Commission, dont M. VILLEMIN est nommé rapporteur.

Présentation de malade.

Rhinoplastie totale.

M. Paul Berger présente un malade sur lequel il a exécuté une rhinoplastie totale sur un transplant cartilagineux par les méthodes italienne et indienne combinées.

Ce malade avait subi une destruction complète du nez produite par un lupus qui avait détruit toute la charpente cartilagineuse et osseuse. Les ailes du nez restaient affaissées; les téguments tombaient comme un voile vertical sur la brèche faciale; il y avait une atrésie complète de l'orifice des narines.

Plus d'une dizaine d'opérations successives furent nécessaires, d'abord pour reconstituer un orifice antérieur des fosses nasales, puis pour restaurer le nez et sa saillie.

Un lambeau, emprunté au bras par la méthode italienne, avait été préalablement pourvu d'un squelette emprunté au cartilage de la 9e côte gauche et introduit sous la peau du bras. Une petite partie de cette tige cartilagineuse se nécrosa après la transplantation du lambeau; mais ce qui reste est tout à fait suffisant pour constituer l'arête du nez. Il fallut doubler ce lambeau brachial avec un lambeau frontal dont la pointe servit à restaurer la sous-cloison.

Sans être élégant, le nez actuel fait une saillie plus proéminente que celle d'un nez moyen : il est pourvu de deux narines largement ouvertes et séparées par une sous-cloison un peu oblique, mais suffisante.

Ce résultat physique qui remonte à plusieurs mois est très bon.

Présentation de pièces.

Hydronéphrose avec coudure de l'uretère sur une artère anormale.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un rein hydronéphrotique. Ce qui ~~fait~~ l'intérêt de cette pièce, c'est qu'on y voit avec netteté l'uretère coudé sur une artère anormale.

J'ai enlevé ce rein par la voie transpéritonéale. J'avais pris cette voie parce que le diagnostic était incertain. En le disséquant,

je constatai l'existence d'une artère tout à fait anormale, qui vient se jeter, comme vous le voyez, dans le pôle inférieur du rein, et remarquai que l'uretère était soulevé et coudé par cette artère. Pour conserver autant que possible leurs rapports, avant de les sectionner, je plaçai, du côté que j'allais enlevé avec le rein, une ligature qui les enserre encore tous les deux.

Grâce à cet artifice, la disposition des parties est restée ce qu'elle était sur le vivant, et vous pouvez voir l'uretère soulevé par l'artère se couder sur elle.

Le rôle du vaisseau anormal n'est pas douteux, mais il semble bien qu'il n'a dû entrer en jeu que par l'abaissement du rein.

Fibrome utérin. Dégénérescence myxomateuse.

M. POTHERAT. — Je vous présente cette pièce, Messieurs, parce qu'elle offre un double intérêt : clinique et anatomo-pathologique.

Au point de vue clinique, la malade, Bourguignonne âgée de quarante-deux ans, avait vu son ventre se développer rapidement depuis un an, sans douleurs bien vives, sans métrorragies, d'abord, puis étaient survenues des douleurs assez violentes pour l'empêcher de travailler, en même temps que les règles devenaient plus abondantes et avec caillots. A l'examen, elle présentait une tumeur abdominale sus-pubienne bien ronde, bien lisse, nettement médiane comme une vessie distendue, et remontant à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur était d'une consistance molle, fluctuante, et mon assistant à l'hôpital de Bon-Secours avait pensé à un kyste de l'ovaire; mais il suffisait de pratiquer le toucher vaginal pour acquérir la certitude qu'il s'agissait d'une tumeur certainement utérine. L'organe immédiatement au-dessus du col se développait en un globe régulier, uniformément mou. On aurait dit un utérus au cinquième ou sixième mois d'une gestation, mais il n'y avait ni ballottement fœtal, ni mouvements actifs, ni battements du cœur d'un fœtus, ni même de souffle utérin; les seins étaient flasques, les règles n'avaient jamais été interrompues.

Mais les caractères objectifs étaient tels que, le ventre ouvert, la tumeur énucléée au dehors représentait si bien un utérus régulièrement développé, avec une coloration habituelle, flanqué latéralement de deux annexes avec de gros vaisseaux très saillants, la masse si nettement et régulièrement molle avec un quelque chose de dur dans son intérieur, que j'eus, je l'avoue, et malgré tous les

caractères négatifs d'une grossesse signalés plus haut, un moment d'hésitation.

Je pratiquai l'hystérectomie supra-vaginale il y a six jours. La malade va tout à fait bien; il n'est pas douteux qu'elle va guérir.

L'examen de la pièce est des plus intéressants. Vous voyez sur la coupe le tissu utérin, la cavité utérine, le tissu pathologique.

La paroi utérine, épaisse, hypertrophiée, occupe toute la périphérie; son épaisseur était partout de 2 centim. 1/2 à 3 centimètres. En arrière, la cavité utérine, agrandie, mais d'aspect tout à fait normal.

Entre cette cavité, dont elle est séparée par une mince couche de tissu utérin, et la partie antérieure de la paroi du corps utérin, la zone pathologique composée : 1° d'une cavité constituée par le tissu utérin refoulé; 2° tout au centre, un fibromyome constitué par un tissu blanc, dur, homogène, criant sous le bistouri. Ce fibromyome a le volume d'une orange. Il est relié aux parois de la cavité sus-indiquée par de nombreuses travées d'aspect fibreux, dures.

Entre ces travées, une masse très importante d'un tissu mou tremblotant, transparent, gélatinoïde, formant comme des masses arrondies, et représentant en totalité un volume beaucoup plus considérable que le fibrome lui-même.

C'est là une dégénérescence anatomo-pathologique des fibromes utérins qui n'est pas fréquente. Pour mon compte personnel, et après l'examen de fibromes utérins par centaines, je ne l'ai jamais observée. Je n'en ai pas trouvé, au moins en tant que forme distributive, d'exemple analogue dans l'important travail de M. Piquaud (Paris, 1905). Les dégénérescences que j'ai observées, celles qui sont publiées, sont habituellement situées dans l'intérieur du fibrome lui-même. Qu'il s'agisse de dégénérescence œdémateuse ou myxomateuse, ces dégénérescences ne sont pas extérieures à la tumeur mais intérieures, soit qu'elles soient centrales, soit qu'elles soient plus ou moins périphériques.

S'agit-il bien ici d'une dégénérescence œdémateuse, ou d'une dégénérescence myxomateuse? Il est difficile de se prononcer d'une manière ferme; je dirai seulement qu'à l'aspect on dirait bien plutôt qu'il s'agit de myxome que d'œdème proprement dit, à cause de la consistance de la matière et de sa distribution en masses multiples.

Maladie kystique de la mamelle.

M. Potherat. — Les pièces que je vous présente, Messieurs, et qui proviennent d'une malade de quarante-sept ans, opérée dans mon service de Bon-Secours, il y a quatorze jours, et sortie depuis trois jours complètement guérie, vous présentent un bel exemple d'une maladie de la mamelle bien connue depuis les travaux de M. le prof. Reclus. Toutefois les faits ne sont pas fréquents, car personnellement malgré un nombre réellement considérable d'opérations pour tumeurs du sein, c'est la première fois que je l'observe. Il s'agit, comme vous le voyez, d'une agglomération de cavités kystiques remplies d'une sérosité translucide. Ces cavités sont assez considérables; le volume moyen est celui d'une noisette et même un peu plus. Elles sont tassées les unes contre les autres de manière à former une masse compacte, grâce au tissu conjonctif qui les enserre et qui est très dense au niveau des points de contact.

La maladie était bilatérale; les tumeurs étaient dans l'un et l'autre sein très dures, squirrheuses, nullement fluctuantes. Elles n'adhéraient ni en surface du côté de la peau, ni en profondeur du côté de l'aponévrose du pectoral. Il n'y avait aucun retentissement ganglionnaire, et les aisselles, grâce à la maigreur habituelle de la malade, étaient d'une facile exploration.

Il y avait toutefois une différence entre le sein gauche et le sein droit. A gauche, la tumeur grosse comme une orange, aplatie, uniformément dure, et régulièrement lisse, occupait une situation excentrique; elle était en haut et en dehors, elle était tout à fait mobile et pouvait aisément être séparée, en apparence du moins, de la mamelle, comme un fibro-adénome. Ce n'était bien là qu'une apparence, car au cours de l'intervention j'ai constaté que la mamelle adhérait fortement.

A droite, au contraire, la tumeur presque centrale, moins régulière, mais également dure, était moins facilement séparable de la mamelle, et celle-ci fut enlevée en entier avec la tumeur qui ne s'était cependant pas développée dans sa totalité.

L'évolution du mal était assez silencieuse, les douleurs étaient rares et ce n'est que depuis quelques mois que la malade s'était par hasard aperçue de l'existence de ces grosseurs dans les seins. Jamais aucun écoulement n'avait eu lieu par le mamelon. Cette femme était grandement préoccupée de son mal et les moyens médicaux ayant été employés sans résultat, elle réclamait instamment une ablation.

En somme, dans le cas présent, la particularité sur laquelle j'insiste en terminant c'est que cette femme n'avait pas deux ma-

melles capitonnées de nodosités, de « balles » plus ou moins disséminées, mais bien nettement deux tumeurs l'une très nettement isolée à gauche, l'autre un peu moins séparée à droite, mais séparable du reste de la glande, chacune de ces tumeurs formant une masse unique, un bloc compact.

M. Quénu. — Je demande à mon collègue et ami Potherat pourquoi, après avoir fait l'incision circonférentielle que je préconise, il n'a pas, avant d'enlever la glande, fendu à titre d'exploration cette glande ; il eût pu de la sorte conserver les deux seins et guérir sa malade.

La maladie kystique est, quoiqu'il en dise, très fréquente et un certain nombre de malades présentent des indications opératoires nettes : déformation, douleurs, etc.; j'ai des résultats datant de sept et huit ans qui se sont maintenus; l'état général peut être, dans certains cas, très amélioré par l'opération. Une dame de quarante-six ou quarante-sept ans que j'ai opérée rue de la Santé en avril dernier présentait des troubles digestifs, un teint jaune, de l'amaigrissement. L'opération a été suivie d'une amélioration telle que je ne puis voir là une simple coïncidence et on peut admettre que le contenu de ces kystes peut, dans certains cas, jouir d'une certaine toxicité réagissant sur l'état général.

M. Reclus. — Le nombre de maladies kystiques est considérable; j'en ai vu plus de 160. Le plus grand nombre des malades a pu se passer d'opération et tout en approuvant absolument l'opération préconisée par notre collègue Quénu, je n'ai pas encore trouvé l'indication de cette opération.

J'ai une malade de l'Aisne que je suis depuis vingt-cinq ans et qui est encore en bon état; une autre malade opérée il y a cinquante ans par le professeur Roux, a encore du côté opposé une maladie kystique non opérée.

M. Potherat. — J'ai fait l'incision esthétique préconisée par M. Quénu et quand la graisse se sera accumulée dans cette région, les formes anatomiques seront très satisfaisantes.

Kyste hydatique du poumon.

M. POTHERAT. La pièce que je vous présente est, vous le voyez, une belle membrane complète, d'un kyste hydatique.

J'ai opéré le malade qui en était porteur, un homme de trente-six ans, terrassier, dans mon service de l'hôpital Broussais, il y a six jours.

Je ne veux point m'étendre sur l'observation clinique fort intéressante d'ailleurs. Mais ce malade m'a été adressé par mon collègue et ami Œttinger qui avait fait le diagnostic précis, et cette observation sera publiée par ses soins et ceux de son interne M. Maloiselle, qui y joindra d'importants détails personnels. Je dirai seulement que les premiers accidents remontaient au mois de novembre dernier, sous forme de point de côté. Nous avions pu préciser exactement le siège de ce kyste, et ce diagnostic de siège était exact, car, après résection d'une longue portion de la 8e et de la 9e côtes, je suis tombé après avoir traversé la plèvre adhérente et une mince couche de tissu dense, en plein dans le kyste. J'ai enlevé la membrane et drainé.

La poche était presque vide d'ailleurs ; depuis quelque jours le kyste s'était ouvert dans les bronches, mais, suivant une évolution très fréquente dans les kystes hydatiques des poumons, il s'était développé de la suppuration entre l'hydatide et la poche adventice.

Le malade va aussi bien qu'on peut le souhaiter et je ne crois pas être présomptueux en lui présageant une rapide guérison qui sera d'ailleurs beaucoup facilitée par la résection costale.

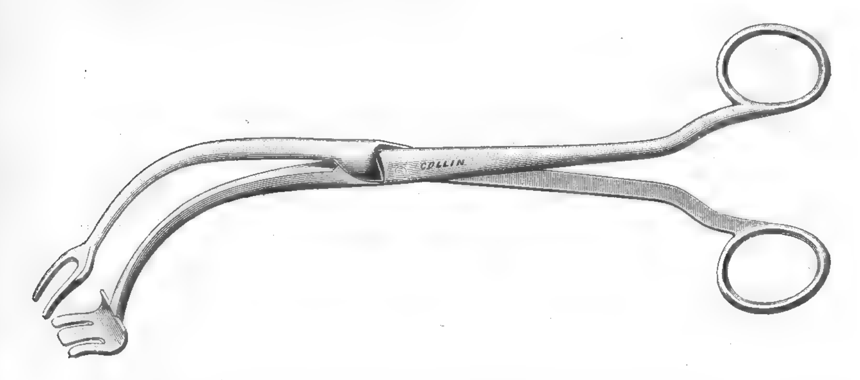
Présentation d'instrument.

Pince porte-instruments.

M. WALTHER. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Collin, une pince, pince à préhension solide, chose jusqu'ici presque irréalisable comme vous avez pu vous en convaincre trop souvent, en cherchant à prendre dans un plateau un instrument lourd et glissant, un ostéotome par exemple, ou une valve vaginale.

Cette pince est composée essentiellement d'une branche femelle avec mors en forme de plateau coudé presque à angle droit et échancré de deux larges incisures.

Dans ces incisures s'engagent les deux branches d'une fourche qui représente la branche mâle.



Il y a donc croisement des mors de la pince, à la façon du croisement des doigts et il en résulte une préhension solide quelles que soient la forme, l'irrégularité du corps à saisir, quelque lisse et glissante que soit sa surface.

Le secrétaire annuel.

PICQUÉ.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

POUR L'ANNÉE 1905

A

Pages.

Abdomen. Contusion violente chez un enfant; rupture de la rate, splénectomie; guérison, par M. Latouche 969
— Kyste congénital (?) de la paroi postéro-latérale, par M. Potherat (présentation de pièces) 593
Discussion : MM. Monod, Routier, Potherat 595, 596
Hartmann 642
— (Voy. *Compression.*)
Aériennes (Voies). Corps étrangers (os de cochon); abcès du poumon; bronchoscopie inférieure, par M. Moure 126
Rapport : M. Sebileau 126
Aiguille sous le nerf sciatique, par M. Routier (présentation de pièces). 50
Aiguilles à suture, par M. Picqué (présentation d'instrument). 840
Aisselle. Anévrisme artério-veineux de la base, par M. A. Mignon (présentation de malade) 535
— Lympho-sarcome, par M. Kirmisson (présentation de malade) . . 772
Albuminurie. (Voy. *Rein.*)
Allocution de M. Schwartz, président pour 1905 54
— de M. Peyrot, président sortant 85
Amygdale. Tumeur consécutive à une lésion appendiculaire, par M. Routier (présentation de malade) 991, 994
Discussion : MM. Sebileau, Delbet, Kirmisson 992-995
Anesthésie par l'appareil de Ricard, par M. J.-L. Faure. 1020
— par le chloroforme après injection sous-cutanée de scopolamine, par M. Walther. 614
Discussion : M. Terrier. 620
— par le chloroforme après injection de scopolamine, par M. Psaltoff. 815
Rapport : M. Walther 815
Anesthésies faites avec l'appareil de Ricard, par M. L. Imbert. 547
— (Voy. *Chloroformisation*, *Mâchoire*, *Scopolamine.*)
Anévrisme artério-veineux. Guérison spontanée, par M. Pluyette. . . 927
Rapport : M. Guinard. 927
— sous-claviculaire, par MM. Reynier et Savariaud (présentation de malade). 329
— thoracique, par M. Moty (présentation de pièces) 541

Pages.

Anévrisme volumineux proéminent à droite du sternum, par M. Moty (présentation de malade 371
— syphilitique du pli de l'aine. Ligature de l'iliaque externe, par M. Lucas-Championnière (présentation de malade) 330
— (Voy. *Aisselle*, *Carotide*, *Fémoro-poplité*, *Parotidienne*, *Poplité*, *Radiale*, *Tibio-péronier*).
Angiomes. (Voy. *Triceps*.)
Ankyloses. Traitement par l'interposition musculaire, par M. A. Huguier. 601
— (Voy. *Coude*, *Fémur*.)
Annexites. Opérations conservatrices des ovaires et de l'utérus, par M. Tuffier. 557
Discussion : MM. Legueu, Routier. 577- 581
Faure. 604
Delbet 753
Anurie calculeuse. Rein unique. Néphrotomie, par M. Guibal 378
Rapport : M. Tuffier. 378
Anus cæcal. Cure radicale, par M. Savariaud (présentation de malade). 216
Rapport : M. Demoulin 216
— (Voy. *Prolapsus*.)
Appendice iléo-cæcal. Faux aspect de myxome, par M. Routier (présentation de pièces) 650
— — Hernie isolée. Vérification du diagnostic par l'opération, par M. Kirmisson. 796, 799
Discussion : MM. Félizet, Monod, Moty. 798- 800
— — Présentation de pièces, par M. Auvray 837
Rapport : M. Faure 837
— Séparation spontanée par M. Villemin (présentation de pièce) . . . 627
— (Voy. *Amygdale*, *Appendicite*, *Intestin*, *Xiphoïde*.)
Appendicite chronique; erreurs de diagnostic. Appendicectomie, par M. G. de Rouville 502
Rapport : M. Richelot 502
— et trichocéphales, par M. Walther (présentation de pièces) 355
Discussion : M. Guinard 356
— perforante par corps étrangers, par M. Potherat (présentation de malade) 150
Discussion : M. Routier 151
— (Voy. *Duodénum*, *Epiploïte*, *Kyste*.)
Arthrites. (Voy. *Genou*.)
Autoplastie pour ulcère de la jambe, par M. P. Delbet (présentation de malade) 592
— (Voy. *Pouce*.)

B

Balles. (Voy. *Estomac*, *Face*, *Radioscopie*.)
Bassin. Double fracture. Rupture de l'urètre postérieur. Déchirure de la vessie, par M. Aslan. 53
Rapport : M. Walther 53
Bassinet. Gros calcul, enclavé dans l'extrémité supérieure de l'uretère. Néphrotomie; extraction, par M. Picqué (présentation de pièces). . . 737

Pages.

Biceps brachial. Affections de la bourse séreuse, par M. RIEFFEL 581
Discussion : MM. MIGNON, RICARD 585
Biliaires (Voies). Drainage, par M. TERRIER 1090
Discussion : M. HARTMANN 1104
— — Certaines particularités, par M. P. DELBET 1126
— — Calculs (Voy. *Intestin.*)
Brachial antérieur. Ostéome, après une luxation du coude en arrière, par M. MIGNON (présentation de malade) 775
Branchiomes. (Voy. *Cou.*)
Bras. Dystrophie du segment antérieur et luxation consécutive du poignet, par M. DEPAGE 1003
Rapport : M. BROCA 1003
Bronche droite; épingle. Extraction par la bronchoscopie, par M. LOMBARD 126
Rapport : M. SEBILEAU 126
Bronches. Corps étranger; extraction, par M. GUISEZ (présentation de malade) 193
Rapport : M. LE DENTU 193
— Corps étrangers; extraction par la méthode bronchoscopique, par M. SEBILEAU 456
— (Voy. *Pneumotomie*, *Vomiques.*)
Bronchoscopie (Voy. *Aériennes*, *Bronches.*)

C

Cæcum. (Voy. *Iléo-cæcale.*)
Calculs. (Voy. *Anurie*, *Bassinet*, *Biliaires*, *Intestin*, *Uretère*, *Urètre.*)
Cancer. Sérothérapie, par M. DOYEN 698
Rapport : M. DELBET 698, 729
Discussion : M. KIRMISSON 793
— (Voy. *Iléo-cæcale*, *Intestin*, *Langue*, *Rectum*, *Sein.*)
Carotide externe. Anévrisme consécutif à un coup de feu dans la bouche, par M. TUFFIER (présentation de pièces) 512
Cheiloplastie par la méthode italienne modifiée, par M. P. BERGER (présentation de malade) 1051
Discussion : MM. DEMOULIN: DELORME 1052
Chloroformisation. Appareil, par M. RICARD 39
Discussion : MM. REYNIER, JALAGUIER, BROCA, RICARD, QUÉNU, DELBET, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE 44-48, 56- 70
KIRMISSON, RICARD 126- 133
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, ROUTIER, KIRMISSON, DELBET, TUFFIER, QUÉNU 163- 172
REYNIER, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, KIRMISSON, QUÉNU, BAZY, DELBET 197- 207
BERGER 247
KIRMISSON, MONOD, RICARD, P. DELBET 279- 288
TUFFIER. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, REYNIER . . . 545- 546
DELBET, TUFFIER 554- 557
TOUBERT . . . . 57[illegible] ~~599-~~ 573
SUAREZ DE MENDOZA (présentation d'appareil) . . . 814
LEGUEU 1130

Pages.

Chloroformisation. Mort subite par embolie au début, par M. Guinard (présentation de pièces) 1115
Discussion : MM. Terrier, Segond. 1118
— (Voy. *Anesthésie.*)
Cholédoco-entérostomie. Guérison, par M. Brin. 601, 945
Rapport : M. Quénu. 601, 945
Discussion : MM. Tuffier, Routier, Terrier 1072- 1079
Cœur. Plaie, par M. Lenormant (présentation de pièces). 837
Rapport : M. Rochard 837
— Plaie du ventricule droit par coup de couteau. Suture; guérison, par M. Riche. 172
Rapport : M. Delorme 172
— Plaies pénétrantes du ventricule gauche, par M. L. Picqué. . 818, 822
— Plaie perforante du ventricule droit, suturée, par MM. Lejars et Guénot (présentation de pièces). 392
— Plaies; suture, par M. Camus (présentation de pièces). 512, 549
Rapport : M. Rochard 512, 549
Côlon. (Voy. *Épiploon.*)
Colotomie pour étranglement iliaque et péritonite, par M. Moty (présentation de malade.) 216
Compression thoraco-abdominale; masque ecchymotique, par M. Morestin 1143
Rapport : M. Villemin 1143
Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1904, par M. Tuffier. 89
Cordon spermatique. Tumeur liquide, par M. Walther (présentation de pièces) 780, 781
Discussion : MM. Le Dentu, Demoulin 781
Corps étrangers. (Voy. *Aériennes*, *Aiguille*, *Appendicite*, *Bronches*, *Estomac*, *Genou*, *Œil*, *Œsophage*, *Radioscopie*, *Vessie.*)
Cou. Myxochondrome branchial de la région submaxillaire droite, par M. Le Dentu. 1108, 1133
Discussion : MM. Faure, Delbet. 1112, 1113
Arron 1124
— Tumeur congénitale des vésicules ciliées chez une enfant âgée de six semaines, par M. Villemin 329, 376
Rapport : M. Félizet 329, 376

Coude. Ankylose osseuse, suite de traumatisme; résection avec interposition tendineuse, par M. Quénu (présentation de malade). 622
— droit. Ankylose; hémirésection. Rétablissement des mouvements de flexion et d'extension, par M. Kirmisson (présentation de malade) 387
Discussion : M. Nélaton 388
— Luxation antérieure ancienne, par M. F. Legueu (présentation de pièces). 396
— Ostéosarcome, par M. Rieffel (présentation de pièces). 922
— Résection pour ankylose rhumatismale, par M. Lucas-Championnière (présentation de malade). 643
— —; résultat fonctionnel excellent, par M. Tuffier (présentation de malade) 920
Coxalgie. Luxation iliaque gauche spontanée au début, par M. Gaudier, 305
Rapport : M. Kirmisson. 305

Pages.

Coxa-vara traumatique après une fracture du col du fémur chez un adolescent, par M. Schwartz (présentation de malade et de pièces), 838, 864
Discussion : MM. Le Dentu, Kirmisson 839, 840, 864
Crâne. Fracture par enfoncement de la voûte avec fissure irradiée à la base. Intervention, par M. Ch. Lenormant 305
Rapport : M. Demoulin 305
Discussion : M. Broca 309
— — de la base; ponction lombaire, par M. Quénu 883
Discussion : MM. Tuffier 887, 901
Potherat, Terrier, Guinard, Rochard, Broca, 896- 903
— Traumatisme sans fracture, et ponction lombaire, par M. Djemil-Pacha 1027
— Trépanation; appareil, par M. Tuffier (présentation d'instrument). 1119
— Vaste brèche de trépanation restaurée par la prothèse métallique, par M. P. Sebileau 831
Discussion : M. Schwartz. 834, 844
Cubital (Nert). Plaie complète, datant de quatorze ans; suture nerveuse, par M. Chaput (présentation de malade) 471
— — Suture primitive. Réunion immédiate; restauration des fonctions, par Chaput (présentation de malade) 964
Discussion : M. Delbet. 964
Cuisse. Enorme myxome; ablation, par M. Potherat (présentation de malade) 472
— (Voy. *Fémur*, *Triceps*.)
Cunéiforme (2e) Luxation en haut, par M. Toussaint 361
Rapport : M. Kirmisson. 361, 365
Discussion : MM. Berger, Delorme, Monod, Rieffel, Chevassu, 364- 366
Cystoscope à vision directe, par MM. Leguen et Cathelin (présentation d'instrument) 513
— direct du Dr Luys, par M. P. Delbet (présentation d'instrument) . 239
Discussion : MM. Bazy, Delbet, Hartmann, Albarran, Tuffier. 242- 245

D

Déciduome malin, par M. Picqué. 31
Discussion : MM. Lejars, Leguen. 34- 39
Monod 55
Delirium tremens. Pathogénie et traitement, par M. L. Picqué, 407-421, 426- 431
Discussion : MM. Bazy, Lucas-Championnière, Reynier 418- 421
Tuffier, Guinard, Monod, Berger, Arrou, Routier, Reynier 428- 430
Quénu, Bazy, Broca. 484- 486
Diverticule de Meckel hernié; étranglement ou inflammation, par M. Brin 366
Rapport : M. Broca 366
Discussion : M. Berger. 369
Doigts. Rétraction cicatricielle, traitée par la méthode italienne d'autoplastie, par M. Berger (présentation de malade). 965
Duodénoplastie pour rétrécissement inflammatoire du duodénum avec péripylorite, par M. Bazy (présentation de malade) 193

Pages.

Duodénum. Perforation d'un ulcus pris pour une appendicite. Diagnostic, par M. G. de Rouville 310
Rapport : M. Tuffier. 310
Discussion : MM. Quénu, Routier, Faure, Tuffier. 321, 322

E

Élections du bureau de la Société pour 1906 : Président, M. Segond; vice-président, M. Quénu; secrétaires, MM. Michaux et Chaput; trésorier, M. Arrou; archiviste, M. Broca 1122
— Nomination d'une Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre de membre correspondant étranger : MM. Broca, Delbet, Lejars, Chaput 1060
— Nomination d'une Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre de membre correspondant national : MM. Delorme, Félizet; Monod, Rochard. 1060
— Commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie : MM. Reclus, Demoulin et Rieffel 304
— Commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie : MM. Bazy, Monod, Villemin 924
— Nomination de quatre membres correspondants nationaux : MM. Estor, Mordret, Vanverts, Fontoynont 24
— Nomination d'un membre correspondant étranger : M. Butlin. . . . 23
— Nomination d'un membre honoraire : M. Peyrot. 400
— Nomination d'un membre titulaire : M. Villemin. 400
— Nomination d'un membre titulaire : M. Mauclaire 1059
— Nomination d'une Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au prix Marjolin-Duval : MM. Segond, Quénu. Routier. . . 968
— Nomination d'une Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au prix Gerdy : MM. Demoulin, Hartmann et Beurnier. . . 968
— Nomination d'une Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au prix Laborie : MM. Félizet, Ricard, Chaput 968
— Nomination d'une Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au prix Demarquay : MM. Picqué, Legueu, Reynier. 968
Éloge de *Photinos Panas*, par M. P. Segond. 106
Empyème opéré par incision verticale postérieure, par M. Moty (présentation de malade). 774
Épaule. Amputation interscapulo-thoracique, par MM. Jeanbrau et Riche. 375, 435
Rapport : MM. Berger 375, 435
Discussion : M. Berger (présentation de malade) 381
Kirmisson, Berger, Schwartz. 441, 442
— Luxation récidivante; capsulorraphie, par M. Mauclaire 10
Rapport : M. L. Picqué. 10
Discussion : M. Berger. 19
— Luxation récidivante, par M. L. Picqué (présentation de malade), 564, 963, 964

Pages.

Discussion : MM. Legueu, Picqué, Broca, Delorme, Nélaton, Routier, Tuffier 573- 577
Ricard. 604
Kirmisson, Berger 963
Epilepsie jacksonienne. Trépanation. Cysticerque de la zone rolandique, par M. Waquet 925, 1079
Rapport : M. Broca 925, 1079
Epiploïte, par M. Walther (présentation de pièces) 274, 356, 357
Discussion : M. Routier. 357
— et appendicite, par M. Walther (présentation de pièces) 510
Epiploon. Hernie intercostale, par M. Savariaud 1041
Rapport : M. Rochard 1041
— Adhérences anciennes, avec coudure du côlon ascendant. Poussée d'épiploïte, par M. Walther (présentation de pièces). 396
Discussion : MM. Guinard, Tuffier, Walther 398, 399
— (Grand). Torsion, par M. Schmid. 1027
Rapport : M. Guinard. 1027
Estomac. Corps étrangers ; guérison, par M. Godineau 401, 450
Rapport : M. Faure 401, 450
— Fourchette. Gastrotomie ; guérison, par M. Chenieux 517
— Pièces de deux sous arrêtées, puis spontanément expulsées, par M. Hartmann (présentation de pièces) 998, 1002
Discussion : MM. Monod, Guinard, Broca, Félizet, Terrier, Schwartz. 999- 1002
— Dilatation aiguë post-opératoire, par M. G. Chavannaz 866
Discussion : MM. Legueu, Reynier, Routier, Walther, Terrier, Delbet, Quénu. 974- 991
Moty, Hartmann, Tuffier, Reynier, Terrier. 1029- 1040
— Double plaie pénétrante de la grosse tubérosité. Plaie du foie par balle de revolver. Intervention, par M. Savariaud. 845
Rapport : M. Reynier 845
Discussion : MM. Quénu, Reclus, Delorme, Arrou, Reynier, Delbet, Routier, Legueu. 854- 860
— Lipome, par M. Bénaky 817
Rapport : M. Hartmann. 817
Ethmoïde. Enchondrome ; ablation, par M. P. Sebileau (présentation de malade). 1082

F

Face. Projectile, par M. Potherat (présentation de malade) 812
— Prothèse métallique; restauration du sinus facial, par M. Sebileau (présentation de malade) 1026
Faciale (Névralgie). Résection du nerf maxillaire supérieur, par M. E. Potherat. 227
Discussion : MM. Guinard, Potherat 231- 233
— — Résection du grand sympathique, par M. P. Delbet. 801, 1009
Discussion : M. Poirier. 860
Fémoro-poplité (Anévrisme). Extirpation; guérison, par M. A. Guinard (présentation de malade) 388
Discussion : M. Tuffier. 391

Pages.

Fémur. Exostose de cause inconnue née sur la ligne âpre, par M. Lucas-Championnière (présentation de pièces) 651
— Fracture; appareil de marche, par M. Delbet (présentation de malade) 995
Discussion : MM. Kirmisson, Delbet, Hartmann. 996, 997
Kirmisson 1089
— Ostéotomie du col, avec interposition musculaire, pour une ankylose, par M. Savariaud (présentation de pièces) 1088
Rapport : M. Kirmisson. 1088
— Pseudarthrose du col. Nouvel appareil (Ducroquet), par M. Walther (présentation de malade) 191
— (Voy. *Coxa vara*, *Hanche*.)
Fibromes. (Voy. *Ligament*, *Sciatique*, *Utérus*.)
Foie et Rein. Suture, par M. Couteaud 431
— Kyste hydatique; réduction sans drainage, par M. P. Delbet (présentation de malade) 644
Discussion : M. Quénu 646
Guinard, Bazy, Arrou, Broca, Routier. 759-762
— Kystes hydatiques, par M. Marion 656, 1136
Rapport : M. Delbet 656, 1136
— Plaie de la face convexe; suture après résection de la partie inférieure de la cage thoracique, par M. Auvray. 196
Rapport : M. Demoulin 196
— Rupture. Pseudo-hernie inguinale étranglée. Laparotomie, par M. Chabannes. 1
Rapport : M. Tuffier. 1
— (Voy. *Hépatique*.)
Fractures. (Voy. *Bassin*, *Crâne*, *Fémur*, *Humérus*, *Jambe*, *Maxillaire*, *Tibia*, *Xiphoïde*.)

G

Gangrène. (Voy. *Poplité*.)
Gastro-entérostomie postérieure, par M. Rastouil. (Voy. *Pylore*.) . . . 1123
Rapport : M. Walther. 1124
Gaze chirurgicale, par M. P. Segond (présentation d'appareil) 84
Gencives. Hypertrophie, par M. Berger (présentation de malade). . . . 298
Discussion : M. Félizet. 298
Génital (Canal). Malformation chez une femme, par M. Riche (présentation de pièces). 967
Rapport : M. Rieffel. 967
Génitaux (Organes). Absence congénitale presque complète chez un homme de trente et un ans, par M. A. Reverdin. 70
Genou. Arthrite infectieuse à streptocoques. Arthrotomie, par M. Potherat (présentation de malade). 354
— à ressort sans origine traumatique, par M. Moty (présentation de malade) 149
— Ostéo-arthrite tuberculeuse, par M. Walther (présentation de malade). 685, 688
Discussion : MM. Lucas-Championnière, Routier, Arrou, Schwartz. 685-688

Pages.

Genou. Corps étrangers, par M. Chaput (présentation de pièces) . 373, 375
— Hémarthrose symptomatique de la présence d'un corps étranger articulaire, par M. Isambert. 452
Rapport : M. L. Picqué 453, 455
Discussion : M. Routier 455
— Extirpation du ménisque articulaire externe, par M. Michon (présentation de malade). 1022
Rapport : M. Chaput 1022
— droit. Tumeur blanche, traitée et guérie par les injections de chlorure de zinc. — Résection orthopédique du genou gauche pour ankylose osseuse en flexion, par M. Walther (présentation de malade). . 810
Discussion : M. Schwartz. 812
— Tuberculose ; intervention ; suites éloignées, par M. Potherat (présentation de pièces) 1087
Goitre volumineux suffocant (adénome congénital des vésicules ciliées du cou), par M. Villemin 376
Rapport : M. Félizet. 376
Grossesse extra-utérine. Laparotomie et guérison, par M. Barnsby. 601, 943
Rapport : M. Quénu. 601, 943
— tubaire, par M. Pichevin (présentation de pièces). 593
Rapport : M. Legueu 593

H

Hanche gauche. Luxation ovalaire ancienne. Résection de la tête fémorale et réintégration du col dans la cavité cotyloïde, par M. Walther (présentation de malade). 191
Hématocèle chez une opérée à qui il ne restait qu'un ovaire, par M. Routier (présentation de pièces). 1052
Discussion : MM. Tuffier, Quénu, Ricard, Segond, Terrier, Faure, Delbet, Le Dentu 1053- 1055
Hématurie essentielle, par M. L. Picqué (présentation de malade) . . . 22
Hémostatique (Appareil) stérilisable, par MM. Bazy et Lhomme (présentation d'instrument) 152
Hémothorax traumatique. Guérison, par M. Sénéchal (présentation de malade) 836
Rapport : M. Bazy 836
Hépatique (Canal) ; chirurgie. Hépatico-gastrostomie, par M. Quénu. . 218
Discussion : M. Tuffier. 226, 251
Hernie intercostale épiploïque, par M. Savariaud 75
Rapport : M. Rochard 75
— (Voy. *Appendice*, *Diverticule*, *Epiploon*, *Foie*, *Inguinale*, *Intestin*, *Rectum*, *Xiphoïde*.)
Humérus. Fracture de l'extrémité supérieure, par M. A. Broca. . . . 6
— Ostéosarcome. Amputation interscapulo-thoracique, par M. Jeanbrau. 375, 435
Rapport : M. Berger. 375, 435
— Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité supérieure, par M. P. Delbet (présentation de malade). 1023, 1025
Discussion : MM. Potherat, Quénu 1025

Pages.

Hydronéphrose avec coudure de l'uretère sur une artère anormale, par M. P. Delbet (présentation de malade) 1144
Hypospadias opérés par le procédé de von Acker modifié, par M. Villemin (présentation de malade) 329
Rapport : M. Félizet 329
— (Voy. *Urètre*).
Hystérectomie. (Voy. *Ligament. Utérus.*)

I

Iléo-cæcale (Valvule). Cancer; résection, par M. Souligoux (présentation de malade). 391, 585
Rapport : M. Chaput. 391, 585
— — Tuberculose, résection, par M. Souligoux (présentation de malade). 391
Rapport : M. Chaput 391, 651, 662
Discussion : MM. Delbet, Legueu, Guinard, Routier, Poirier, Walther 607- 614
Demoulin 636, 662
Routier, Tuffier, Quénu, Walther. 657- 662
— — Tuberculose, par M. Michon (présentation de pièces) 1087
Rapport : M. Hartmann. 1087
Inguinale (Hernie) avec accidents de pseudo-étranglement chez une enfant de quatre mois, par M. Gaudier. 1061
Rapport : M. Broca. 1061
— — étranglée chez un enfant. Kélotomie; guérison, par M. Auvray 233, 1014
Rapport : M. Rieffel 233, 1014, 1019
Discussion : MM. Broca, Kirmisson 1019
— — des nouveau-nés. Nouveau bandage en caoutchouc, par M. Kirmisson (présentation d'appareil). 357, 358
Discussion : M. Berger. 358
Intestin. Obstruction aiguë, causée par un cancer de l'S iliaque; recto-colostomie, par M. F. Jayle. 1062
Rapport : M. Demoulin. 1062
— Obstruction par calcul biliaire; entérotomie; guérison, par M. Michon. 257
Rapport : M. Potherat. 257
— Occlusion chronique due à un étranglement de la terminaison de l'intestin grêle par un appendice iléo-cæcal, par M. Potherat (présentation de malade) 273, 277
— — chronique produite par l'appendice. Résection de l'appendice, par M. Guillet. 359
— — par totalité de l'intestin grêle et de son mésentère, par M. R. Tesson 783
Rapport : M. Delbet. 783
— Invagination et étranglement à travers une fistule diverticulaire adhérente à l'ombilic, par M. Letoux. 896
Rapport : M. Tuffier. 896
— grêle. Résection pour rétrécissement tuberculeux, par M. Hartmann (présentation de pièces). 507

Pages.

Intestin. Rétrécissements tardifs, consécutifs à l'étranglement herniaire, par M. Souligoux 261
Rapport : M. Lejars 261- 270
Discussion : MM. Berger, Terrier, Tuffier 268- 270
— (Gros). Cancer; entéro-anastomose. Rétrécissement consécutif de l'orifice anastomotique, par M. Savariaud. 564, 872
Rapport : M. Demoulin 564, 872, 1008, 1066
Discussion : MM. Quénu, Tuffier, Hartmann. 908- 917
Terrier, Guinard, Quénu. 928- 942
Picqué, Chaput, Hartmann 1003- 1008
— (Voy. *Anus*, *Colotomie*, *Diverticule*, *Duodénum*, *Iléo-cæcale*, *Plèvre*, *Rectocolostomie*, *Rectum*).
Iodoforme. Intoxication par une injection dans un abcès froid; éruption intense de la face et des mains, par M. Lucas-Championnière (présentation de malade). 475- 480
Discussion : MM. Kirmisson, Schwartz, Potherat, Tuffier. . 477- 480

J

Jambe. Fractures obliques ; extension continue, par M. Ombredanne . . 134
Rapport : M. Nélaton. 134
Discussion : MM. Félizet, Delbet 207- 211
— (Voy. *Poplité*).
Jéjunostomie en Y, avec torsion de la bouche jéjunale, par M. Souligoux (présentation de malade) 355
Rapport : M. Guinard 355

K

Kyste dermoïde paraovarien, par M. Potherat (présentation de pièces). 22
— hydatique de la fesse, par M. E. Potherat (présentation de pièces). 1087
— — rétro-vésical, avec appendicite chez un homme, par M. Soubeyran 155
Rapport : M. Lejars. 155
— (Voy. *Abdomen*, *Foie*, *Mamelle*, *Ovaire*, *Poumon*).

L

Langue. Enchondrome, par M. Routier (présentation de malade) . . . 369
— Gros angiome, par M. P. Sebileau (présentation de malade). . 385, 386
Discussion ; MM. Tuffier, Routier, Michaux 386
— Epithélioma; évolution, par MM. P. Sebileau et Pautrier (présentation de malade) 733
— Cancer. Traitement, par M. Poirier 743, 753
Discussion : MM. Quénu, Reynier, Faure, Richelot, Sebileau, Delbet, Pozzi 749- 752
— Tumeur volumineuse; papillome simulant un cancer et coexistant avec la sclérose linguale et la leucoplasie, par MM. P. Sebileau et L.-M. Pautrier (présentation de malades). 144-148, 160
Discussion : MM. Reclus, Quénu 148

Pages.

Ligament large. Fibrome volumineux, sans connexion avec l'utérus. Hystérectomie abdominale subtotale, par M. Ch. Monod (présentation de pièces) 541
— — Tumeur osseuse, par M. Routier (présentation de pièces). . . . 920
Lipomes periostiques, par MM. Schwartz et Chevrier 496
Discussion : MM. Reclus 501
Reboul. 515
Routier, Tuffier, Guinard, Nélaton, Broca, Delbet, Kirmisson, Monod. 519- 527
Lucas-Championnière. 606, 607
Sebileau, Walther, Schwartz. 632- 636
— — (Voy. *Estomac, Nuque.*)
Luxations. (Voy. *Bras, Coude, Coxalgie, Epaule, Hanche, Mâchoire, Radius.*)

M

Mâchoire inférieure. Luxation bilatérale ancienne. Résection des condyles, par M. P. Bazy (présentation de malade) 565
Discussion : M. Kirmisson. 566
— — Propulseur dans l'anesthésie générale, par MM. Delorme et Haury (présentation d'instruments). 739
Main. Tuberculose traitée par la méthode de Bier, par M. P. Delbet (présentation de malades). 997
Discussion : M. Tuffier. 997
— (Voy. *Palmaire.*)
Mal de Pott sous-occipital, par M. Villemin (présentation de pièces). . 567
Discussion : MM. Félizet, Kirmisson. 567, 568
Malaire (os) et orbite. Sarcome traité par la radiothérapie, par M. Walther (présentation de malade). 386
Discussion : M. Kirmisson. 387
Mamelle. Maladie kystique, par M. Potherat (présentation de malade) 1147, 1148
Discussion : MM. Quénu, Reclus 1148
Massage. Manuel technique, par M. Brousses 449
Masque ecchymotique par compression thoraco-abdominale, par M. Morestin 1143
Rapport : M. Villemin 1143
Maxillaire supérieur. Fracture traitée par l'appareil « universel » de Delair, par M. P. Sebileau (présentation de malade) 233, 235
Discussion : M. Michaux. 235
Maxillaire (Nerf) inférieur. Névralgie datant de trois ans. Résection du nerf maxillaire supérieur; guérison, par M. Gervais de Rouville 254
Rapport : M. E. Rochard. 254
— — (Voy. *Faciale.*)
Méningo-Myélite consécutive à une rachicocaïnisation, par M. Walther (présentation de malade) 214
Monstre hétéradelphe, par M. Cunéo (présentation de malade). 301
Rappor : M. Poirier 301

Pages.

Muscles striés. Hypertrophie partielle, par M. MIGNON 765, 772
Discussion : MM. POTHERAT, POIRIER, LEGUEU, HARTMANN, DELBET, GUINARD, SEBILEAU, MICHAUX, MOTY. 768- 772
PONCET, ARROU, FAURE. 788- 793

N

Néphrectomie, par M. BAZY 486
— (Voy. *Plèvre.*)
Néphrolithotomie droite chez un malade guéri d'un diabète insipide par une intervention chirurgicale (néphrophexie gauche), par M. P. HÉRESCO. 156
Nerfs. Sutures secondaires; restauration rapide des fonctions, par M. CHAPUT 491
— Sutures secondaires; restauration rapide des fonctions, par M. KALLIONZIS. 816
— (Voy. *Cubital, Radial, Sciatique.*)
Neuro-fibromatose; neuro-fibro-sarcome du nerf radial droit; extirpation, par M. J. BRAULT. 692
Névralgies. (Voy. *Faciale, Maxillaire.*)
Nez en selle. Restauration de l'arête par un transplant cartilagineux (méthode Ch. Nélaton), par M. BERGER (présentation de malade) . . . 680
Discussion : MM. CHAPUT, NÉLATON 682
— (Voy. *Rhinoplastie.*)
Nuque. Fibro-lipome périostique. Ablation, par M. L. PICQUÉ (présentation de pièces). 836

O

Œil. Corps étranger, par M. POIRIER (présentation de malade). 624
Œsophage. Corps étrangers, par M. JALAGUIER. 1
— — étrangers, par M. BERGUGNAT 449
— — étrangers; œeophagotomie externe, par M. GAUDIER. 425
Rapport : M. SEBILEAU. 425
— Corps étrangers; extraction par le crochet de Kirmisson, par M. d'ŒLNITZ 25, 211
Rapport : M. KIRMISSON. 25, 211
Discussion : M. SCHWARTZ. 213
— Corps étrangers; extraction par le crochet de Kirmisson, par M. BARNSBY 449, 527
Rapport : M. KIRMISSON 449, 527
Discussion : MM. FÉLIZET, KIRMISSON 553, 554
— — étrangers; extraction, par M. SUAREZ DE MENDOZA 470
Rapport : M. DEMOULIN. 470
— — étranger, par M. BLUYSEN. 1003
Rapport : M. CHAPUT 1003
Orbite. (Voy. *Malaire.*)
Os. Opérations; appareil, par M. TUFFIER (présentation d'instrument). 1122

Pages.

Ovaire. Kystes dermoïdes, par M. Potherat (présentation de pièces), 31, 372
— Kystes; torsion du pédicule, par M. Psaltoff. 974
Rapport : M. Walther 974
— (Voy. *Annexites.*)

P

Palmaire (aponévrose). Traitement opératoire de la rétraction limitée, par M. Berger (présentation de malade). 679
Discussion : M. Routier 680
Pancréas. (Voy. *Rate.*)
Parotidienne (Région). Anévrisme cirsoïde. Tumeurs artérielles pulsatiles, par M. Tuffier (présentation de malade). 301, 349, 353
Discussion : MM. Lucas-Championnière, Reclus, Poirier, Schwartz. 352, 353
Péritonite tuberculeuse et laparotomie, par M. Potherat (présentation de malade). 646
Discussion : M. Arrou 649
— — (Voy. *Rectum.*)
Pharynx. Polype dermoïde, par M. P. Sebileau (présentation de malade). 385
Phlegmon diffus du membre supérieur, traité par la méthode de Bier, par M. Soulié 1061
Rapport : M. Richelot 1061
Pied. Arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne, par M. P. Delbet (présentation de malade) 302
Discussion : M. Legueu. 302
— Atrophie osseuse d'origine névritique, par M. Moty (présentation de malade) 1113
Pied bot varus équin congénital. Désossement suivant la méthode Championnière, par M. Jeanbrau 657
Rapport : M. Broca. 657
Pied. (Voy. *Cunéiforme.*)
Pince porte-instruments, par M. Walther (présentation d'instrument). 1149
Pinces à traction, par MM. Richelot et Soulié (présentation d'instrument) 690
Plèvre gauche, intestin et rein gauche. Blessure. Néphrectomie d'urgence; guérison, par M. Duval 1123
Rapport : M. Walther. 1123
Pneumotomie pour cavernes bronchiectasiques, par M. Autipas . 425, 667
Rapport : M. Tuffier 425, 667
Discussion : MM. Potherat, Lejars, Delbet, Delorme. 674-679
Broca 758
Poignet et tendons extenseurs ; tuberculose, par M. Savariaud (présentation de malade). 864
Rapport : M. Kirmisson. 864
Poignet. Tumeur blanche fistuleuse chez une femme enceinte ; méthode de Bier, par M. Chaput (présentation de malade) 965
— Tumeur blanche, traitée par les injections d'éther iodoformé, par M. Savariaud (présentation de malade) 650
Rapport : M. Kirmisson. 650
— (Voy. *Bras.*)

Pages.

Polypes. (Voy. *Pharynx.*)
Ponction lombaire. (Voy. *Crâne.*)
Poplité (Anévrisme), par M. Arrou 3
— (Anévrisme). Extirpation. Gangrène de la jambe, par M. J.-L. Faure. 323
Discussion : MM. Guinard, Tuffier, Potherat, Lucas-Championnière, Poirier, Quénu, Faure 326- 329
Arrou, Routier, Guinard, Tuffier 421- 424
Mignon (présentation de malade) 442
Hartmann, Berger, Reclus 443- 445
Demmler 483
Pouce. Rétraction cicatricielle guérie par une autoplastie, par M. Berger (présentation de malade) 383
Poumon. Kystes hydatiques, par M. Rallidis 601
Rapport : M. Tuffier 601
— — hydatiques, par M. Tuffier (présentation de malade) 995
— — hydatiques, par M. Launay 1051
Rapport : M. Tuffier 1051
— — hydatiques, par M. Potherat (présentation de malade) 1149
Prix décernés en 1904 123
— à décerner en 1905 et 1906 . . . . 123, 124
Prolapsus génitaux de la femme ; traitement : myorraphie antérieure des releveurs de l'anus, par M. Chaput 338- 341
Discussion : MM. Potherat, Routier 340, 341
Delanglade 361
Prolapsus (Voy. *Rectum.*)
Prostate. Double adénome, par M. Bazy (présentation de pièces) 921
— hypertrophiée, enlevée par voie transvésicale, par M. Bazy (présentation de pièces) 782
Prostates enlevées par la méthode de Freyer, par M. F. Legueu (présentation de malade) 302
Discussion : M. Tuffier 303
Prostatectomie périnéale dans une rétention complète depuis dix-sept ans, par M. Legueu (présentation de malade) 863
Discussion : M. Tuffier 870
— transvésicale (méthode de Freyer), par M. Proust (présentation de malade) 471
Rapport : M. Legueu 471
Prothèse. (Voy. *Crâne, Face.*)
Psoïtes d'origine appendiculaire, par M. Brunswic-Le Bihan 25
Rapport : M. Picqué 25
Pustule maligne guérie par l'ablation et les injections iodées, par M. A. Guinard (présentation de malade) 299
Discussion : M. Lucas-Championnière 301
Pylore. Sténose consécutive à une ingestion d'acide chlorhydrique, traitée par la gastro-entérostomie, par M. Robineau (présentation de malade) 998
Rapport : M. Tuffier 998
Pyurie. (Voy. *Rein.*)

Pages.

R

Rachicocaïnisation. (Voy. *Méningo-myélite.*)
Radial (Nerf). Suture de la branche postérieure, par M. Rieffel 7
— — Plaie; guérison, par M. G. de Rouville. 691
Rapport : M. Chaput. 691
— — (Voy. *Neurofibromatose.*)
— — Section, suture secondaire; guérison, par M. G. de Rouville. 815, 1046
Rapport : M. Chaput 815, 1046
Discussion : M. Berger 1050
Radiale (Artère). Anévrisme faux circonscrit, par M. Routier (présentation de malade) 591
Radiographie. Illusions, par M. Potherat (présentation de pièces). . . 370
— (Voy. *Radius, Radioscopie, Triceps.*)
Radioscopie. Localisation et extraction de projectiles, par M. Tuffier (présentation de malade) 271, 272
Discussion : M. Lucas-Championnière. 272
Radiothérapie. (Voy. *Sein.*)
Radius. Arrêt de developpement consécutif à un décollement épiphysaire. Radiographie, par M. Walther (présentation de pièces.). . . . 273
— Luxation volontaire de l'extrémité supérieure, par M. Bazy (présentation de malade). 354
Rate. Rupture traumatique compliquée d'écrasement de la queue du pancréas. Splénectomie, par M. Fontoynont. 26
— (Voy. *Abdomen.*)
Recto-colostomie iliaque, par M. Jayle. 1019, 1062
Rapport : M. Demoulin 1019, 1062
Rectum. Cancer; extirpation, par M. L. Picqué 2
— Cancer inopérable de la partie supérieure; anastomose iléo-rectale pour éviter l'anus iliaque. Deux observations suivies de guérison, par M. H. Delagenière. 903
— Hernie intra-rectale avec occlusion par distension du cul-de-sac de Douglas au cours d'une péritonite tuberculeuse, par M. A. Mignon. . 824
Discussion : M. Quénu 843
— Prolapsus, par M. Lenormant (présentation de malade). 332
Rapport : M. Picqué 332
— Prolapsus traité successivement par la colopexie, la rectoligamentopexie et l'excision combinée avec la périnéorraphie, par M. Le Dentu (présentation de malade). 48
Discussion : M. Picqué 50
— Prolapsus; résection; guérison, par M. Walther (présentation de malade) 213
Discussion : M. Picqué 217
— (Voy. *Uretère, Intestin.*)
Reins. Importance de l'élimination du bleu de méthylène pour le diagnostic de la valeur fonctionnelle, par M. Bazy (présentation de pièces). 332
— droit. Pyurie diagnostiquée par la séparation des urines. Néphrotomie. — Rupture, par M. Chaput. 402
Rapport : M. Hartmann. 815
— suppuré, par M. Bazy (présentation de pièces) 480

Pages.

Reins tuberculeux, par M. BAZY (présentation de pièces) 480
— Tuberculose; diagnostic précoce. Pollakiurie et incontinence nocturnes, par M. BAZY 888
— unique du côté droit. A gauche, coque calcaire représentant le rein absent. Absence de l'uretère gauche, par M. CH. MONOD (présentation de pièces) 82
Discussion : MM. ROUTIER. 83
LEGUEU, BAZY 84, 84
— Tuberculose; albuminurie prémonitoire, par M. BAZY. 341
— (Voy. *Anurie*, *Foie*, *Néphrectomie*, *Plèvre.*)
Résections. (Voy. *Coude.*)
Rhinoplastie totale, par M. P. BERGER (présentation de malade). . . . 1144

S

Saphène. Résection, par M. SOULIÉ 502
Rapport : M. RICHELOT 502
Discussion : M. TERRIER. 507
Sciatique (Nerf). Fibrome à son émergence du bassin; énucléation, guérison, par M. LOISON (présentation de pièces) 1056
— — Sarcome traité par l'extirpation; guérison, par M. BERGER (présentation de malade) 917
Scopolamine, anesthésique général, par M. DESJARDINS 176
Rapport : M. F. TERRIER 176
Discussion : MM. DEFONTAINE 653
MONOD, WALTHER 783- 788
— Injection en chirurgie urinaire, par M. TERRIER. 347
— (Voy. *Anesthésie.*)
Scrotum. Tumeur, par M. L. PICQUÉ (présentation de pièces) 392
Sein. Cancer traité par la méthode de Doyen : carcinose cutanée diffuse; érythème purpurique. Aggravation de l'état général, par MM. CHAPUT et ESCHBACH (présentation de malade). 446, 471
— Épithélioma ulcéré, traité par la radiothérapie; guérison de l'ulcération, propagation profonde, par MM. TUFFIER et HARET (présentation de radiographie) 236
Discussion : M. POTHERAT. 239
Sein (Voy. *Mamelle.*)
Sérum. (Voy. *Tétanos.*)
Sinus. Éclairage; lampe stérilisable, par M. P. SEBILEAU (présentation d'instrument) 448
Sterno-claviculaire (Articulation) gauche à ressort, par M. MOTY (présentation de malade). 384

T

Tarse. (Voy. *Pied.*)
Testicule inguinal et tumeur d'un testicule en ectopie abdominale chez une femme, par M. MARION (présentation de pièces) 967
Rapport : M. LEGUEU. 967

Pages.

Tétanos consécutif à une injection de sérum antitétanique, par M. Lop. 1027
Rapport : M. Reynier 1027
Thoracoplastie. (Voy. *Vomiques*.)
Thorax (Voy. *Compression*.)
Thyroïde gauche. Section verticale complète, compliquée d'hémothorax. Suture; guérison, par M. Toussaint. 917
Rapport : M. Rieffel. 917
Tibia. Déviation angulaire, consécutive à une fracture, par M. L. Picqué. (présentation de pièces). 82
Tibio-péronier (Tronc.) Anévrisme traumatique, traité par des injections sous-cutanées de sérum gélatiné, par M. Le Dentu (présentation de malade). 295
— — Anévrisme; extirpation, par M. Legrand (présentation de pièces). 894
Rapport : M. Demoulin 894
Trachéotomie. Canule-trocart, par M. Reynier (présentation d'instrument) 800
Trépanation. (Voy. *Crâne*.)
Triceps crural. Angiome; radiographie, par M. E. Kirmisson 19
Trompe droite. Absence congénitale des trois quarts, par M. Routier (présentation de pièces) 780
Tuberculose. (Voy. *Genou*, *Iléo-cæcale*, *Intestin*, *Main*, *Péritonite*, *Poignet*, *Rectum*, *Rein*, *Utérus*.)
Tumeurs. (Voy. *Aisselle*, *Brachial*, *Cordon*, *Cou*, *Coude*, *Cuisse*, *Fémur*, *Genou*, *Humérus*, *Iléo-cæcale*, *Langue*, *Ligament*, *Lipomes*, *Malaire*, *Parotidienne*, *Pharynx*, *Poignet*, *Prostate*, *Sciatique*, *Scrotum*, *Sein*, *Utérus*.)

U

Ulcères. (Voy. *Autoplastie*.)
Uretère. Anastomose dans le rectum, par M. Auvray (présentation de malade) 864
Rapport : M. Delbet 864
— droit. Trois gros calculs enclavés à son extrémité inférieure. Hydronéphrose intermittente; incision de l'uretère par la voie iliaque; extraction des calculs; guérison sans fistule, par M. L. Picqué. . . . 291
— (Voy. *Aisselle*, *Bassinet*, *Rein*, *Vessie*.)
Urétéro-sigmoïdo-néostomie, par M. P. Delbet (présentation de malade) 834
Discussion : MM. Michaux, Guinard, Chaput, Picqué 835
Urètre. Rétrécissements congénitaux, par M. Bazy 462
— — par M. Sikora 569, 763
Rapport : M. Bazy 569, 763
— Rétrécissements congénitaux, par M. Kallionzis 697
— périnéal; rétrécissement blennorragique, par MM. Iselin et Pasteau (présentation de malade) 917
Rapport : M. Legueu 917
— Poche urineuse congénitale de la portion antérieure, renfermant trois calculs, et hypospadias pénien, par M. Chevassu (présentation de malade) 682
Discussion : M. Lucas-Championnière 685
— (Voy. *Bassin*, *Hydronéphrose*.)

Pages.

Utéro-vaginale (Extirpation). Colpohystérectomie abdomino-vaginale, par MM. L. Imbert et F. Piéri 925
Utérus gravide au troisième mois; énucléation d'un fibrome; accouchement à terme, par MM. Legrand et Baron 870
Rapport : M. Hartmann. 870
— Dégénérescence du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibromes, par M. Richelot 530
Discussion : MM. Faure 552
Quénu, Richelot, Faure, Poirier 602, 603
— Fibrome; dégénérescence myxomateuse, par M. Potherat (présentation de malade) 1145
— Fibromes interstitiels et sous-péritonéaux. Hystérectomie abdominale totale, par M. Ch. Monod (présentation de pièces). 539, 550
— Hystérectomie sus-vaginale d'un moignon fistuleux, par M. Schwartz (présentation de pièces) 689
Discussion : M. Pozzi. 690
— Tuberculose, par M. P. Reynier (présentation de pièces) 596
— (Voy. *Annexites*, *Vessie*.)

V

Végétations adénoïdes. Diagnostic et traitement, par M. Suarez de Mendoza 969
Vésicules séminales tuberculeuses; ablation, par M. F. Legueu 136
Vessie. Calcul. Urétérite suppurée avec distension. Pyonéphrose droite. Taille hypogastrique; néphro-urétérectomie totale, par M. P. Heresco. 158
— Corps étrangers, par M. Chevalier 25, 75
Rapport : M. Bazy 25, 75
— Corps étrangers, par M. Barnsby. 53, 288
Rapport : M. Legueu 56, 288
— Extraction d'une épingle à cheveux par les voies naturelles, par M. J. Reboul. 629
— Myxosarcome prolongé à l'utérus. Hystérectomie, cystectomie partielle, par M. J. Albarran (présentation de malade) 772
— (Voy. *Cystoscope*.)
Vomiques par dilatation bronchique probable, guéries par la thoracoplastie, par M. Gaudier 815, 1013
Rapport : M. Broca 815, 1013

X

Xiphoïde (Appendice) perforé. Fracture. Hernie épigastrique par l'orifice de l'appendice, par M. Walther (présentation de pièces) 566

TABLE DES AUTEURS

POUR 1905

A

Albarran (J.), 242, 277, 772.
Arce (J.), 401.
Arrou, 3, 421, 422, 424, 429, 649, 687, 761, 792, 855, 1122, 1124.
Aslan, 53.
Autipas (A.), 425, 667.
Auvray, 196, 233, 837, 864, 1014, 1059.

B

Barnsby (H.), 53, 288, 449, 527, 601, 943.
Baron (C.), 870.
Batut, 123.
Bazy (P.), 25, 75, 84, 152, 193, 206, 242, 332, 341, 354, 421, 462, 480, 486, 565, 569, 761, 763, 782, 836, 888, 921, 924.
Bénaky (N.-S.), 817.
Berger (P.), 19, 247, 268, 298, 358, 364, 369, 375, 381, 383, 429, 435, 441, 442, 444, 679, 680, 917, 963, 965, 1050, 1051, 1144.
Bergugnat, 449.
Beurnier, 968.
Bluysen, 1003.
Brault (J.), 691, 692.
Brin, 366, 601, 945, 1089.
Broca (A.), 6, 47, 309, 359, 366, 418, 486, 523, 525, 575, 657, 758, 762, 815, 903, 925, 1000, 1003, 1013, 1019, 1060, 1061, 1079, 1122.
Brousses (J.), 449.
Brunswic-Le Bihan, 25.
Buscarlet, 969.
Butlin, 23, 25.

C

Calot, 927.
Camus, 512, 549.
Cathelin, 513.
Chabannes, 1.
Chaput, 337, 340, 341, 373, 375, 391, 402, 446, 471, 491, 585, 651, 662, 682, 691, 815, 835, 964, 965, 968, 1003, 1006, 1022, 1046, 1060, 1122.
Chavannaz (G.), 866.
Chenieux, 517.
Chevalier (E.), 25, 75, 155, 400, 691.
Chevassu, 366, 682.
Chevrier, 123, 496.
Colle, 657.
Collin, 1149.
Couteaud, 431.
Cunéo (B.), 301.

D

Defontaine, 653.
Delagenière (H.), 903.
Delanglade, 361.
Delbet (P.), 47, 170, 206, 210, 239, 242, 244, 286, 302, 525, 554, 592, 607, 644, 656, 675, 698, 729, 752, 753, 770, 783, 793, 801, 834, 856, 864, 964, 989, 992, 994, 995, 996, 997, 1009, 1023, 1025, 1055, 1060, 1112, 1126, 1136, 1144.
Delorme, 172, 359, 364, 365, 575, 576, 679, 739, 855, 858, 1052, 1060.
Demmler, 483.
Demoulin (A.), 196, 216, 304, 305, 470, 564, 636, 662, 781, 872, 894, 968, 1008, 1019, 1052, 1062, 1066.

Depage, 1003.
Desjardins, 176.
Djemil-Pacha, 1027.
Doyen, 698, 793.
Ducroquet, 192.

E

Eschbach, 446.
Estor, 24, 25.

F

Faure (J.-L.), 322, 323, 329, 401, 450, 552, 603, 604, 750, 792, 837, 1020, 1054, 1112.
Félizet, 207, 298, 329, 376, 553, 567, 798, 968, 1000, 1001, 1060, 1122.
Fontoynont, 24, 26, 337.

G

Gaudier, 305, 425, 815, 1013, 1061.
Gervais de Rouville. Voy. *Rouville.*
Godineau, 401, 450.
Guénot, 393.
Guibal, 126, 378.
Guillet, 359.
Guinard (A.), 231, 299, 326, 355, 356, 388, 398, 423, 428, 520, 613, 614, 759, 771, 835, 899, 902, 927, 934, 999, 1027, 1115.
Guisez, 193.

H

Haret, 256.
Hartmann (H.), 242, 401, 443, 507, 641, 770, 815, 817, 870, 913, 968, 996, 998, 1002, 1007, 1030, 1087, 1104.
Haury, 739.
Héresco (P.), 156, 158.
Huguier (A.), 601.

I

Imbert (L.), 547, 925..
Isambert, 452.
Iselin, 917.

J

Jalaguier, 1, 46.
Jayle (F.), 1019, 1062.
Jeanbrau, 375, 435, 657,

K

Kallionzis, 691, 697, 815, 816.
Kirmisson (E.), 19, 25, 126, 170, 206, 211, 279, 287, 305, 357, 358, 361, 365, 366, 387, 441, 449, 477, 479, 526, 527, 554, 566, 568, 650, 772, 793, 796, 799, 840, 864, 963, 994, 996, 1019, 1088, 1089.

L

Lardennois, 12.
Latouche, 969.
Launay, 1051.
Le Dentu, 48, 193, 295, 781, 839, 1055, 1108, 1133.
Legrand (H.), 870, 894.
Legueu (F.), 38, 53, 84, 136, 288, 302, 396, 471, 513, 573, 577, 593, 601, 610, 770, 858, 863, 917, 967, 968, 974, 989, 1130.
Lejars (F.), 34, 155, 261, 270, 392, 675, 1060.
Lenormant (Ch.), 305, 332, 837.
Letoux, 896.
Lhomme (R.), 152.
Loison, 1056.
Lombard, 126.
Lop, 1027.
Lucas-Championnière (J.), 47, 163, 205, 272, 301, 327, 330, 352, 419, 475, 478, 480, 544, 545, 606, 643, 651, 685, 687, 688.
Luys, 239, 401.

M

Marion, 656, 967, 1136.
Mauclaire, 10, 197, 400, 743, 1059, 1061.
Michaux (P.), 235, 386, 449, 771, 835, 927, 1122.
Michon, 257, 1022, 1087.
Mignon (A.), 442, 535, 585, 765, 772, 775, 788, 824, 843.

Monod (Ch.), 55, 82, 280, 364, 365, 429, 526, 539, 541, 550, 595, 783, 800, 924, 999, 1001, 1060.
Monteils, 125.
Mordret, 24, 25.
Morestin, 1059, 1143.
Moty, 149, 216, 371, 384, 541, 765, 771, 774, 800, 1029, 1113.
Moure, 126.

N

Nélaton, 134, 388, 522, 576, 682.

O

Œlsnitz (d'), 25, 211.
Ombredanne, 134.

P

Panas (P.), 106.
Pasteau, 917.
Pautrier (L.-M.), 144, 148, 733.
Peyrot, 85, 359, 400.
Pichevin, 593.
Picqué (L.), 2, 10, 22, 25, 31, 50, 82, 217, 291, 332, 392, 407, 421, 425, 428, 430, 431, 452, 455, 564, 574, 577, 601, 632, 691, 737, 818, 822. 835, 836, 840, 963, 964, 968, 1003.
Piéri (F.), 925.
Pilastre (E.), 155.
Piquand, 895.
Pluyette. 927.
Poirier, 301, 328, 353, 603, 614, 624, 743, 753, 769, 772, 860.
Poncet (A.), 788, 793.
Potherat (E.), 22, 51, 150, 227, 232, 239, 257, 273, 277, 327, 340, 354, 370, 372, 472, 477, 593, 596, 642, 646, 674, 768, 812, 853, 859, 896, 902, 1025, 1087, 1145, 1147, 1148, 1149.
Pozzi (S.), 690, 752.
Proust, 471.
Psaltoff, 815, 969, 974.

Q

Quénu, 47, 56, 148, 172, 206, 218, 321, 328, 484, 601, 602, 622, 646, 657, 661, 749, 843, 854, 883, 908, 942, 943, 945, 968, 990, 1025, 1053, 1122, 1148.

R

Rallidis, 601.
Rastouil, 1123.
Reboul, 515, 629.
Reclus (P.), 148, 304, 353, 445, 501, 854, 855, 1148.
Reverdin (A.), 70.
Reynier (P.), 44, 48, 63, 197, 207, 329, 419, 430, 545, 546, 596, 750, 800, 845, 854, 859, 968, 979, 1027, 1034, 1040.
Ricard (A.), 39, 47, 129, 285, 547, 585, 604, 814, 968, 1053.
Riche (V.), 172, 375, 435, 967.
Richelot (G.), 502, 530, 602, 603, 690, 751, 1061.
Rieffel (H.), 7, 233, 304, 366, 581, 917, 922, 967, 1014, 1019.
Robineau, 998.
Rochard (E.), 75, 254, 512, 549, 837, 900, 901, 1041, 1060, 1122.
Routier, 50, 83, 151, 167, 170, 321, 340, 357, 369, 386, 422, 430, 455, 519, 576, 580, 591, 595, 613, 650, 657, 680, 687, 688, 762, 780, 858, 920, 968, 987, 991, 994, 1052, 1076.
Rouville (Gervais de), 254, 310, 502, 691, 815, 1046.

S

Savariaud, 75, 216, 329, 564, 650, 845, 864, 872, 1041, 1059, 1088.
Schmid, 1027.
Schwartz, 54, 213, 353, 386, 441, 477, 496, 636, 688, 689, 812, 834, 838, 844, 864, 1002.
Sebileau (P.), 126, 144, 148, 160, 233, 235, 385, 425, 448, 456, 632, 733, 751, 771, 831, 844, 992, 993, 994, 1026, 1082, 1122.
Segond (P.), 84, 106, 968, 1053, 1054, 1118, 1122, 1124.
Sénéchal, 836.
Sikora, 569, 763.
Soubeyran, 155.
Soulié (H.), 502, 690, 1061.
Souligoux, 261, 355, 391, 585, 1059.
Suarez de Mendoza, 470, 814, 969.

T

Terrier (F.), 176, 269, 347, 507, 620, 899, 902, 928, 988, 1001, 1040, 1054, 1079, 1090, 1118.

Tesson, 783.
Thiéry, 1059.
Toubert, 569.
Toussaint, 361, 917.
Tuffier, 1, 89, 126, 170, 226, 236, 243, 251, 269. 271, 272, 301, 303, 310, 322, 349, 353, 378, 386, 391, 398, 399, 423, 425, 428, 430, 479, 512, 520, 544, 545, 546, 556, 557, 576, 577, 601, 660, 667, 880, 887, 896, 901, 912, 920, 995, 997, 998, 1030, 1051, 1053, 1072, 1119, 1124.

V

Vanverts, 24, 25.
Villard (H.), 123.
Villemin, 155, 329, 376, 400, 567, 627, 924, 1143.

W

Walther (C.), 53, 191, 197, 213, 214, 273, 274, 355, 356, 357, 386, 396, 398, 510, 551, 566, 614, 636, 661, 685, 688, 780, 781, 787, 810, 815, 974, 987, 1123, 1124, 1149.
Waquet, 925, 1079.

Y

Yvert, 359.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.